АНАТОМІЯ ПИЩЕВОДА

anatomy of Oesophagus *(2)*

И КЪ УЧЕНІЮ

also a study

of cancerous stricture of this organ & its treatment

О РАКОВОМЪ СЪУЖЕНІИ ЭТОГО ОРГАНА И ЕГО ЛЕЧЕНІЮ КАТЕТЕРИЗАЦІЕЙ, ЭЛЕКТРОЛИЗОМЪ И ГАСТРОСТОМІЕЙ.

by catheterization (Bougies) electrolysis & gastrostomy

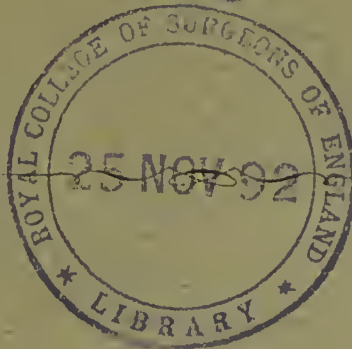
ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

ДМИТРІЯ МОРОЗОВА,

и. д. ассистента Академической Хирургической клиники Императорской Военно-Медицинской Академіи.

СЪ 10 РИСУНКАМИ.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія И. Н. Скороходова (Надеждинская, 39).
1887.

АНАТОМІЯ ПИЩЕВОДА

И КЪ УЧЕНІЮ

О РАКОВОМЪ СЪУЖЕНІИ ЭТОГО ОРГАНА И ЕГО ЛЕЧЕНІЮ КАТЕТЕРИЗАЦІЕЙ, ЭЛЕКТРОЛИЗОМЪ И ГАСТРОСТОМІЕЙ.



ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

ДМИТРІЯ МОРОЗОВА,

и. д. ассистента Академической Хирургической клиники Императорской Военно-Медицинской Академіи.

СЪ 10 РИСУНКАМИ.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія И. Н. Скороходова (Надеждинская, 39).
1887.

Докторскую диссертацію лекаря Морозова, подъ заглавіемъ: «Анатомія пищевода и къ ученію о раковомъ съуженіи этого органа и его леченію катетеризаціей, электролизомъ и гастростоміей», печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи оной было представлено въ Конференцію Императорской военно-медицинской академіи 500 экземпляровъ ея. С.-Петербургъ, февраля 21 дня 1887 года.

Ученый Секретарь *В. Пашутинъ*.

ПАМЯТИ МОЕГО УЧИТЕЛЯ

ПОКОЙНАГО ПРОФЕССОРА

СЕРГѢЯ ПЕТРОВИЧА КОЛОМНИНА.

ВВЕДЕНІЕ.

Среди больныхъ Академической Хирургической Клиники весьма часто намъ приходилось наблюдать такихъ, у которыхъ было съуженіе пищевода вслѣдствіе раковой опухоли этого органа. Профессоръ С. П. Коломнинъ предложилъ мнѣ заняться изученіемъ заболѣваній пищевода и хирургическаго леченія раковыхъ его съуженій. Взявшись за эту работу, я на первыхъ порахъ былъ пораженъ разнообразіемъ тѣхъ послѣдствій, которыя являются при заболѣваніи этого органа и особенно при раковыхъ съуженіяхъ. Это разнообразіе послѣдствій при самомъ поверхностномъ взглядѣ находится въ очевидной зависимости отъ мѣстоположенія, которое занимаетъ болѣзненный процессъ. Чтобы разобраться среди массы различныхъ припадковъ при заболѣваніи пищевода и хорошо уяснить себѣ причинную связь ихъ, я прежде всего занялся анатоміей этого органа и здѣсь, изучая различныхъ авторовъ, я увидѣлъ множество противорѣчій и невыясненныхъ достаточно всесторонне вопросовъ, относящихъ болѣе къ Анатоміи хирургической, чѣмъ къ Анатоміи описательной.

Хирургическая Анатомія далеко еще не достигла той точности и законченности, какую имѣетъ описательная, и это болѣе всего относится къ Анатоміи пищевода. Оно и понятно, такъ какъ задачи хирургической Анатоміи тѣсно связаны съ клиникой и развитіе ея идетъ рука объ руку съ развитіемъ Патологіи, а заболѣваніями пищевода систематически занялись только съ Mondière'a, который первый привелъ въ систему тотъ разбросанный матеріалъ, который существовалъ до него и, начиная съ своей диссертаціи, написалъ цѣлый рядъ работъ о болѣзняхъ пищевода [1]). Но послѣ Mondière'a, точно также какъ и до него, больные съ болѣзненными процессами пищевода, за исключеніемъ тѣхъ, у которыхъ случайно застрѣвали посторонніе тѣла въ этомъ органѣ,

---

[1]) Mondière,—Recherches sur l'inflammation de l'oesophage et sur quelques points d'anat. path. de cet organe. Thèse, Paris, 1829.

Recherches pour servir à l'histoire de l'oesophagite aigue et chronique.—Archives Générales de médecine. Paris, T. XXIV, 1830, p. 543; T. XXV, 1831, p. 358; T. XXVII, 1831 p. 494; T. XXX, 1832, p. 481.

Recherches sur l'oesophagisme ou spasme de l'oesophage.—Arch. Génér. de méd. Paris, T. I, 1833, p. 465.

Notes sur quelques maladies de l'oesophage.—Arch. Génér. de méd., T. II, 1833, p. 504; T. III, 1833, p. 28.

лечились терапевтами и только со временъ работъ Sédillot [1]) хирурги стали мало-по-малу интересоваться болѣзнями пищевода и въ хирургическихъ клиникахъ появились больные съ заболѣваніями этого органа. Вскорѣ появились работы Follin'a [2]) и Monton'a [3]) по хирургической Анатоміи пищевода. Конечно и до нихъ многіе анатомы и хирурги занимались анатоміей пищевода, но эти работы были недостаточны для хирургіи; эти-же авторы преслѣдовали чисто хирургическія цѣли. Первый изъ нихъ выяснилъ вліяніе положеній головы на начало пищевода, а второй изслѣдовалъ его калибръ по гипсовымъ слѣпкамъ, полученнымъ наливаніемъ пищевода гипсовой массой и потомъ растяжимость его; кромѣ того, онъ первый измѣрилъ разстояніе начала пищевода отъ верхнихъ рѣзцовъ, какъ неподвижной точки, безъ чего невозможно было опредѣлить мѣстоположеніе болѣзненнаго процесса въ пищеводѣ и существовала въ этомъ отношеніи полная путаница. Такъ Béhier [4]) разсказываетъ о съуженіи, находящемся «въ самомъ началѣ пищевода, на разстояніи 25 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ», тогда какъ это разстояніе равно только 15 сант. Въ такомъ классическомъ сочиненіи, какъ оперативная хирургія Günther'a [5]), мы читаемъ: «Der Weg von den Vorderzähnen bis an den untern Theil des Larynx beträgt bei dem Erwachsenen ungefähr 8″, bis in den Magen etwa 14″», т. е. разстояніе отъ переднихъ зубовъ до нижней части гортани у взрослыхъ равняется приблизительно 8″, а разстояніе до желудка—приблизительно 14″.

До сихъ поръ еще, даже среди выдающихся хирурговъ, существуютъ ошибочныя мнѣнія относительно длины пищевода. Linhardt [6]) въ своемъ руководствѣ къ оперативной хирургіи говоритъ: «такъ какъ oesophagus отъ своего начала отъ cartilago cricoidea qo cardia имѣетъ 9—11 дюймовъ, то инструментъ (зондъ для катетеризаціи пищевода) долженъ имѣть по крайней мѣрѣ 14—15 дюймовъ длины, такъ какъ онъ долженъ пройти чрезъ ротъ и зѣвъ и нѣсколько выступать изо рта», т. е. длина конца зонда, «нѣсколько выступающаго изо рта» и занимающаго полость рта и глотки до начала пищевода=12,5—10 сант., что составляетъ явное заблужденіе.—Trendelenburg [7]), описывая свою вторую гастростомію, говоритъ: «препятствіе находилось непосредственно

---

[1]) Sédillot,—De la Gastrotomie fistuleuse.—Comptes rendus de l'Académie des sciences. T. XXIII, 1846, Paris, p. 222.

Des cas auxquels l'opération de la Gastrostomie est applicable.—Ibidem, p. 907.

Des plaies et des fistules de l'estomac, considérées dans leurs rapports avec la gastrostomie.—Comptes rendus de l'Acad., T. XXIV, 1847, p. 584.

Opération de Gastrostomie pratiquée pour la première fois le 13 Novembre 1849.—Comptes rendus, T. XXIX, 1849, p. 565.

[2]) Follin,—Des rétrécissements de l'oesophage. Thèse, Paris, 1853.

[3]) Monton,—Du calibre de l'oesophage et du cathétérisme oesophagien, Thèse, Paris, 1874.

[4]) Béhier,—Conférences de clinique médicale faites à la Pitié 1861—1862. Paris, 1864.—Rétrécissement de l'oesophage.

[5]) Günther,—Lehre von den blutigen Operationen am Menschlichen Körper. 4 Abth., 2 Unterabth., 1861, S. 24.

[6]) Linhardt,—Руководство къ Оперативной Хирургіи, Т. II, Рус. пер., 1880, Москва, стр. 226.

[7]) Trendelenburg,—см. ст. Maydl'я.

передъ cardia, на глубинѣ 31 сант. отъ зубовъ» или Gritti[1]) говоритъ: «зонды встрѣчали препятствіе на 33 сант. отъ зубовъ; они вѣроятно низдавливали опухоль внизъ, такъ какъ на этомъ разстояніи они должны-бы были попадать въ желудокъ, а между тѣмъ при аутопсіи оказалось, что съуженіе длиною въ 5 сант. находилось еще на разстояніи 5 сант. выше входа въ желудокъ». Anger[2]) считаетъ разстояніе отъ верхнихъ рѣзцовъ до начала пищевода равнымъ 12—13 сант. Zenker и Ziemssen[3]) цитируютъ Seitz'а, который говоритъ, что ракъ появляется «преимущественно въ отдѣлѣ, противолежащемъ мѣсту раздвоенія дыхательнаго горла, но рѣдко въ средней области». Еще недавно, ассистентъ Пр. Albert'а, д-ръ Maydl[4]) писалъ: «длина пищевода,—разстояніе между cardia и зубами,—непостоянна; она не зависитъ отъ пола и не стоитъ въ опредѣленномъ отношеніи къ длинѣ тѣла; даже отдѣльныя части пищевода нельзя выразить опредѣленными цифрами». Таковыя ошибочныя мнѣнія относительно пищевода существуютъ между клиницистами, но и спеціалисты-анатомы крайне разнообразнаго мнѣнія относительно многихъ вопросовъ, касающихся Анатоміи пищевода, какъ напр. относительно границъ его, длины, калибра и т. д. А между тѣмъ хирургу на столько необходимы точныя знанія анатоміи пищевода, что безъ нихъ рѣшительно немыслимы ни точныя знанія Патологіи этого органа, ни діагностика болѣзненныхъ процессовъ его, ни раціональное ихъ леченіе. Въ самомъ дѣлѣ, какъ объяснить тотъ клиническій фактъ, что постороннія тѣла и другіе патологическіе процессы по преимуществу локализируются въ извѣстныхъ мѣстахъ пищевода, не зная его физіологическихъ мѣстъ съуженій и ихъ растяжимость? Какъ узнать мѣстоположеніе въ пищеводѣ болѣзненнаго процесса, не зная разстоянія между верхними рѣзцами и началомъ его? Какого размѣра взять инструментъ для катетеризаціи пищевода и какъ выполнить эту операцію, не зная длины этого органа, его калибра и направленія? До какой степени нужно расширить бужами или зондами съуженіе пищевода, не зная нормальнаго калибра его и степени расширенія? Кромѣ того, при сѣченіи пищевода (oesophagotomia) весьма важно точно знать верхнюю границу его и вліяніе на нее положеній головы и т. д. Между тѣмъ спеціальныя работы по этимъ вопросамъ Follin'а и Mouton'а, выводы которыхъ приняты всѣми новѣйшими хирургами, намъ кажется, требуютъ провѣрки. Поэтому, выяснивши себѣ всѣ разногласія авторовъ относительно указанныхъ вопросовъ анатоміи пищевода, я задался цѣлію изучить причины этихъ разногласій и по возможности примирить ихъ и кромѣ того пополнить нѣкоторые пробѣлы. Съ этою цѣлію въ Анатомическомъ Институтѣ, подъ руководствомъ Проф. С. П. Коломнина и Ал. Ив. Таренецкаго, я произвелъ рядъ опытовъ для выполненія своей задачи.

Всѣхъ труповъ я могъ получить 34, изъ нихъ 14 для препарированія пищевода, 12 для наливанія его гипсовой кашицей съ цѣлію получить слѣпокъ и 8 для распиловъ замороженныхъ труповъ.

Способы изслѣдованія. Прежде чѣмъ предназначить трупъ для той или другой цѣли, я измѣрялъ длину всего трупа по прямой линіи или ростъ его, затѣмъ опредѣ-

[1]) Gritti,—Gaz. med. Jtal. Lombard, 1881, № 1. Цит. по Maydl.
[2]) Anger,—Gazette des Hôpitaux, 1880, № 21, p. 163.
[3]) Zenker und Ziemssen,— Болѣзни пищевода, Русск. пер. 1880, стр. 151—152.
[4]) Maydl,—Ueber Gastrostomie.—Wiener Medizinische Blätter. 1882, № 21.

лялъ длину позвоночника по кривой линіи, т. е. проводилъ тесьму отъ макушки до конца копчика, слѣдуя всѣмъ искривленіямъ черепа и позвоночника. Для препарированія я по преимуществу открывалъ пищеводъ сзади, вынимая весь позвоночникъ съ небольшою прилежащею частью реберъ такъ, чтобы не вскрывать полости плевры, что мнѣ въ большинствѣ случаевъ удавалось. Затѣмъ измѣрялъ длину пищевода, разстояніе отъ начала его до дуги аорты и до раздвоенія дыхательнаго горла и потомъ препарировалъ. Для наливанія пищевода гипсовой кашицей съ цѣлью получить форму его я поступалъ нѣсколько иначе, чѣмъ Mouton [1]); онъ поступалъ такъ: затомпонировавъ прежде ноздри и ротъ трупа, клалъ его на доску въ спинномъ положеніи, перегибалъ голени черезъ край доски на противоположную поверхность и, захвативши петлей веревки голени выше лодыжекъ, укрѣплялъ ихъ къ гвоздю, вбитому въ доску; послѣ этого онъ приставлялъ ее къ стѣнѣ такимъ образомъ, что у него трупъ былъ въ вертикальномъ положеніи головою внизъ; затѣмъ онъ верхнія конечности перекидывалъ на противоположную поверхность доски, складывалъ оба предплечья вмѣстѣ и крѣпко ихъ связывалъ. Голову трупа онъ фиксировалъ въ легкой экстензіи тѣмъ, что проводилъ веревку нѣсколько разъ кругомъ головы и потомъ вокругъ доски, гдѣ и завязывалъ, а снизу подъ голову подставлялъ подкладки. Послѣ этого онъ проводилъ продольный разрѣзъ отъ пупка къ грудной кости и второй полулунный разрѣзъ поперечно къ первому чрезъ пупокъ, вогнутостью обращенный къ діафрагмѣ и такимъ образомъ вскрывалъ полость брюшины; затѣмъ пришивалъ en masse кишечный пакетъ къ пупку, вслѣдствіе чего желудокъ вытягивался изъ подреберья, который онъ затѣмъ фиксировалъ къ краямъ разрѣза брюшной стѣнки; дѣлалъ поперечный разрѣзъ на передней его поверхности приблизительно въ три пальца, вводилъ по указательному пальцу чрезъ входное отверстіе желудка въ пищеводъ желудочный зондъ и нѣсколько разъ прочищалъ его. Послѣ этого въ наружный конецъ зонда вставлялъ воронку, чрезъ которую наливалъ пищеводъ и близлежащую часть желудка гипсовой кашицей, предварительно процѣженной чрезъ сито или рѣдкое полотно и на слѣдующій день вынималъ слѣпокъ.

Разсматривая положеніе трупа, фиксированнаго къ доскѣ и поставленнаго вертикально головою внизъ по способу Mouton'а, мы видимъ, что онъ крѣпко прижатъ къ доскѣ и касается ее головой, плечами, ягодицами и бедрами, а позвоночникъ образуетъ волнистую линію,—сильнѣйшій лордозъ въ шейной и поясничной частяхъ,—тазъ значительно наклоненъ впередъ; передняя брюшная стѣнка сильно напряжена. При вскрытіи брюшной полости крестообразнымъ разрѣзомъ въ надчревной области по способу Mouton'а, мы нашли, что брюшныя внутренности своею тяжестью оттянули діафрагму такъ высоко, что наивысшая точка ея какъ справа, такъ и слѣва находится на уровнѣ 4-го ребра. Сообразно этому и форма пищевода измѣняется въ томъ отношеніи, что нормальныя кривизны его сильнѣйшимъ образомъ увеличиваются, какъ это мы увидимъ впослѣдствіи, такъ что изъ 4-хъ формъ, полученныхъ мною при наливаніи пищевода по способу Mouton'а, ни одна не походитъ на его форму, представленную въ учебникѣ топографической Анатоміи Tillaux, стр. 425, русск. перев. 1883 г., да и

[1]) Mouton,—l. c., p. 14—16.

самъ Mouton на стр. 29 замѣчаетъ, что на его слѣпкѣ пищевода боковыя искривленія были чрезмѣрно выражены. Принимая во вниманіе такое неправильное положеніе трупа и его внутренностей въ способѣ Mouton'a, я неограничился однимъ этимъ способомъ, а наливалъ пищеводъ по тремъ способамъ:

1) при горизонтальномъ положеніи трупа, лежащаго на длинной доскѣ, помѣщенной на двухъ табуретахъ, я фиксировалъ голову въ прямомъ положеніи, т. е. въ среднемъ между сгибаніемъ и разгибаніемъ, точно такимъ же образомъ, какъ и Mouton; потомъ тампонировалъ ротъ и ноздри паклей и гипсовой кашицей, или же, что еще лучше, просто сшивалъ губы и ноздри крѣпкой ниткой, предварительно введя въ полость рта и въ каждую ноздрю по небольшому куску пакли; затѣмъ, въ надчревной области разрѣзомъ, параллельнымъ лѣвому краю ложныхъ реберъ, длиною около 10 сант., я вскрывалъ брюшную полость, отыскивалъ желудокъ, производилъ разрѣзъ около 3 сант. на передней его поверхности, по указательному пальцу вводилъ чрезъ входное отверстіе желудка въ пищеводъ зондъ изъ китоваго уса съ оливой, которымъ нѣсколько разъ прочищалъ его до верхней части глотки, потомъ извлекалъ зондъ и въ желудокъ черезъ то же отверстіе вставлялъ стеклянную трубку, длиною 30 сант. и $1^1/_2$ сант. въ діаметрѣ, послѣ чего подъ желудокъ подводилъ крѣпкую лигатуру, которую затягивалъ выше сдѣланнаго отверстія желудка на трубкѣ; затѣмъ, въ наружный конецъ трубки вставлялъ малую воронку, чрезъ которую наливалъ пищеводъ и верхнюю часть желудка гипсовой кашицей и черезъ сутки вынималъ слѣпокъ. Для гипсовой кашицы во всѣхъ случаяхъ я бралъ самый лучшій просѣянный гипсъ въ пропорціи 2 стакана гипса на 3 стакана холодной воды.

2) Второй способъ наливанія похожъ на способъ Mouton'a и отличается отъ него только тѣмъ, что я клалъ трупъ на длинную доску и, захвативши петлей веревки обѣ голени выше ладыжекъ, я перекидывалъ конецъ веревки черезъ конецъ доски и укрѣплялъ ее къ гвоздю, вбитому на противоположной поверхности ея; затѣмъ, ставилъ доску, конечно, вмѣстѣ съ ней и трупъ, приблизительно подъ угломъ въ 45°. Верхнія конечности я помѣщалъ вдоль туловища трупа. Такимъ образомъ, трупъ головою внизъ у меня лежалъ на доскѣ совершенно правильно, т. е. позвоночникъ его не дѣлалъ волнистой линіи, какъ при способѣ Mouton'a.

3) Для третьяго способа наливанія я клалъ трупъ на ту же длинную доску и, укрѣпивши его къ ней веревками за голову и плечи, ставилъ доску приблизительно подъ угломъ въ 45° такимъ образомъ, что трупъ находился головою вверхъ; затѣмъ, въ надчревной области разрѣзомъ, параллельнымъ лѣвому краю ложныхъ реберъ, я вскрывалъ брюшную полость, отыскивалъ желудокъ и накладывалъ на него en masse крѣпкую лигатуру какъ можно ближе къ cardia. Послѣ этого черезъ ротъ я вводилъ въ глотку трупа какъ возможно дальше стеклянную трубку, длиною 30 сант. и $1^1/_2$ сант. въ діаметрѣ и изогнутую s-образно, въ наружный конецъ которой вставлялъ воронку, чрезъ которую наливалъ гипсовой кашицей пищеводъ и верхнюю часть желудка выше лигатуры.

По этимъ тремъ способамъ я всякій разъ вмѣстѣ съ пищеводомъ наливалъ гипсовой кашицей съ одной стороны часть глотки и съ другой—часть желудка. Прибли-

зительно чрезъ сутки, когда гипсовая кашица совершенно окрѣпнетъ, я весьма осторожно вскрывалъ грудную клѣтку, предварительно въ послѣднихъ двухъ способахъ клалъ доску съ прикрѣпленнымъ къ ней трупомъ горизонтально, подставляя подъ нижній конецъ ея тубаретку; затѣмъ, вынималъ сердце и легкія, очищалъ правую сторону позвоночника на столько, чтобы возможно было считать позвонки, послѣ этого отмѣчалъ уровень начала пищевода, дуги аорты, нижняго края дѣленія дыхательнаго горла и конца пищевода, измѣрялъ эти разстоянія отъ начала пищевода, описывалъ ходъ его и затѣмъ, разрѣзавши переднюю стѣнку пищевода ножницами по длинѣ, измѣрялъ циркулемъ поперечникъ слѣпка его на уровнѣ каждаго позвонка, послѣ чего извлекалъ слѣпокъ. Такимъ образомъ, я, такъ сказать, in situ изучалъ форму, длину и калибръ пищевода.

Потомъ я на тѣхъ же трупахъ занялся также измѣреніемъ разстоянія между верхними рѣзцами и началомъ пищевода, что необходимо знать хирургу для опредѣленія мѣстоположенія съуженія пищевода и постороннихъ тѣлъ. Mouton [1]) первый опредѣлилъ это разстояніе слѣдующимъ способомъ: на невскрытомъ цѣломъ трупѣ онъ вскрывалъ сбоку нижнюю часть гортани, вводилъ указательный палецъ лѣвой руки и держалъ его на уровнѣ нижняго края перстневиднаго хряща; затѣмъ, онъ катетеризировалъ пищеводъ, держа голову трупа въ полуэкстензіи и какъ только конецъ катетера касался пальца чрезъ стѣнку пищевода, онъ обозначалъ на катетерѣ уровень верхнихъ рѣзцовъ, катетеръ извлекалъ, выпрямлялъ его и измѣрялъ разстояніе между отмѣченнымъ пунктомъ и концомъ. Я тоже пользовался этимъ способомъ, но только я измѣрялъ это разстояніе при различныхъ положеніяхъ головы: въ прямомъ, при крайнемъ сгибаніи и при крайнемъ разгибаніи. Инструментъ, которымъ я пользовался при этихъ измѣреніяхъ, былъ обыкновенный клиническій зондъ изъ китоваго уса съ оливой на концѣ.

Далѣе, для болѣе точной провѣрки своихъ измѣреній, а также для болѣе точнаго изученія хода пищевода и его отношеній къ сосѣднимъ органамъ, я дѣлалъ распилы замороженныхъ труповъ, частью сагиттальные и частью поперечные. При помощи всѣхъ этихъ способовъ изслѣдованія, я подробно изучилъ анатомію пищевода, послѣ подробнаго изложенія которой, я намѣренъ описать патологическіе и оперативные выводы.

Послѣ этого, на основаніи нашего клиническаго матеріала и литературныхъ данныхъ, я подробно опишу ученіе о ракѣ пищевода и его леченіи катетеризаціей, электролизомъ и гастростоміей. Резекціи пищевода, эзофаготоміи и эзофагостоміи по независящимъ отъ меня причинамъ не вошли въ программу настоящей моей работы.

Нашъ клиническій матеріалъ состоитъ изъ исторій болѣзни 33 стаціонарныхъ больныхъ и 57 амбулаторныхъ; изъ нихъ въ 12 случаяхъ была произведена аутопсія и описаніе препаратовъ макроскопическое и микроскопическое помѣщено въ концѣ каждой соотвѣтствующей исторіи болѣзни. Для микроскопическихъ изслѣдованій вырѣзывались кусочки изъ центральныхъ и периферическихъ частей новообразованія, спиртовые вы-

[1]) Mouton, loc. cit. p. 20.

мачивались въ водѣ и затѣмъ замораживались эфиромъ на столикѣ микротома Schanz'а и послѣ этого производились срѣзы, которые окрашивались или въ гниломъ амміачномъ карминѣ, или же въ квасцовомъ карминѣ и затѣмъ разсматривались въ глицеринѣ.

Анатомія пищевода.

1) *Опредѣленіе.* Пищеводъ (отъ οἴω, несу и φαγω, ѣмъ) греч. οἰσοφάγος; латин. oesophagus s. Gula, образуетъ длинную мышечно-перепончатую трубку, которая, проходя между нижнимъ концомъ глотки и входнымъ отверстіемъ желудка, назначена для механическаго проведенія изъ первой въ послѣдній пищевыхъ веществъ, а во время рвоты—для выведенія содержимаго желудка.

2) *Мѣстоположеніе.* Онъ занимаетъ нижнюю часть (reg. subhyoideae) шейной области, переходитъ черезъ всю грудную клѣтку, помѣщаясь въ заднемъ грудномъ промежуткѣ и, прободая грудобрюшную преграду, входитъ въ брюшную полость, гдѣ оканчивается, переходя въ желудокъ.

3) *Границы.* Какъ различные хирурги, такъ и анатомы крайне разнообразнаго мнѣнія относительно границъ пищевода и наиболѣе неточными нужно считать тѣ данныя, которыя основываются на отношеніи пищевода къ позвонкамъ. Относительно начала пищевода, начиная съ Sömmerring'а [1]), весьма многіе анатомы, какъ напр. Meckel [2]), Cruveilhier [3]), Huschke [4]), Luschka [5]), Rüdinger [6]), Quain [7]), Richet [8]) полагаютъ, что пищеводъ начинается отъ задней пластинки перстневиднаго хряща, на уровнѣ тѣла 5-го шейнаго позвонка, а по Velpeau [9])—даже на уровнѣ 4-го шейнаго позвонка; по Henle [10]) и Sappey [11]) верхняя граница пищевода находится на уровнѣ межпозвоночнаго хряща между двумя послѣдними шейными позвонками и рѣзко обозначена горизонтальной тесьмой нижняго сжимателя глотки, подъ которой внезапно появляются совершенно круговыя мышцы; такимъ образомъ, пищеводъ отъ нижняго края m. laryngo-pharyngei дѣлается совершенно самостоятельнымъ и его можно безъ поврежденія важныхъ слоевъ стѣнки отдѣлить отъ окружающихъ частей, къ которымъ онъ при-

[1]) Sömmerring, Eingeweidlehre, 1796, s. 214, § 113.
[2]) Meckel, Handbuch der menschlichen Anatomie. Eingeweidlehre, 1820, s. 247.
[3]) Cruveilhier, Traité d'Anatomie descriptive, v. II, p. 1, 3-me édit., 1852, p. 110, § 3.
[4]) Huschke, Lehre von den Eingeweiden, 1844, s. 45.
[5]) Luschka, Die Anatomie des Menschen, 1862, Bd. I. Abth. 1, Tübingen, s. 233.
[6]) Rüdinger, Topographisch-chirurgische Anatomie des Menschen, 3 Abth., 2 Hälfte, Stuttgart, 1875, s. 174.
[7]) Quain, Учебникъ Анатоміи, обработанный Гоффманомъ, 1872 г., т. 1-й, стр. 456.
[8]) Richet, Traité pratique d'Anatomie médico-chirurgicale, русск. перев. 1885 г., стр. 430.
[9]) Velpeau, Traité d'Anatomie chirurgicale, 1826, v. I, p. 225.
[10]) Henle, Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen, 1873—1875, Eingeweidlehre, s. 156.
[11]) Sappey, Traité d'Anatomie descriptive, Paris, 1879, v. 4. p. 149

крѣпленъ эластической соединительной тканью. По Braune [1]) начало пищевода соотвѣтствуетъ 7-му шейному позвонку, а по Henke [2]), Pansch [3]), Mouton [4]), Verneuil [5]) и Tillaux [6]) — шестому. Относительно нижней границы пищевода всѣ анатомы согласны, что снаружи она не обозначена, но снутри она рѣзко выражена очень неровной зубчатой линіей, которая отдѣляетъ слизистую оболочку пищевода отъ слизистой желудка; но относительно вопроса,—на уровнѣ какого позвонка находится конецъ пищевода,—мнѣнія анатомовъ также крайне разнообразны, и Rüdinger [7]) совершенно справедливо говоритъ: «мѣсто перехода пищевода въ желудокъ по отношенію къ позвоночному столбу можетъ варіировать между 9 и 11 грудными позвонками». а Pansch [8]) прибавляетъ, что у женщинъ всегда немного выше, даже передъ 9—8. То же самое мы видимъ и у Пирогова [9]). Сообразно этому мы и находимъ, что одни авторы (Sömmerring [10]) мѣсто перехода пищевода въ желудокъ относятъ къ уровню 9-го спиннаго позвонка, другіе (Luschka [11]), Cruveilhier [12]), Follin [13])—къ уровню 10-го и нѣкоторые (Sappey [14])—къ уровню 11-го спиннаго позвонка. Снаружи начало пищевода соотвѣтствуетъ спереди кольцевидному хрящу, а сзади—остистому отростку 6—7 шейнаго позвонка; нижній конецъ пищевода спереди лежитъ позади нижняго конца грудной кости, сзади же находится на уровнѣ остистаго отростка 10-го, а у женщинъ 9-го груднаго позвонка. По Henle [15]) пищеводъ проникаетъ чрезъ діафрагму между 9 и 10 остистымъ отросткомъ грудныхъ позвонковъ, а по Лесгафту [16]) «cardia находится соотвѣтственно мѣсту соединенія хрящей 6 или 7 ребра лѣвой стороны съ краемъ грудной кости и соотвѣтственно лѣвой окружности мѣста соединенія 9 груднаго позвонка съ 10». Follin говоритъ, что «Verneuil убѣдился на многихъ субъктахъ, что разстояніе, которое отдѣляетъ protuberantia accipitalis externa отъ остистаго отростка 10 спиннаго позвонка, соотвѣтствуетъ пространству, которое проходитъ зондъ отъ верхнихъ рѣзцовъ до cardiae». Такимъ образомъ мы видимъ, что верхняя гра-

---

[1]) Braune, Topographisch-anatomischer Atlas nach Durchschnitten an gefrorenen Cadavern, 1875, Leipzig, s. 69, Taf. VII.

[2]) Henke, Topographische Anatomie des Menschen, Berlin, 1883, Erste Hälfte, s. 163—164.

[3]) Pansch, Anatomische Vorlesungen für Aerzte und ältere Studirende, T. I, Berlin, 1884. s. 177.

[4]) Mouton, loc. cit. p. 20.

[5]) Follin, Des rétrécissements de l'oesophage, Thèse de Paris, 1853, p. 6.

[6]) Tillaux, Руководство къ топографической Анатоміи, русск. перев. 1883, стр. 424.

[7]) Rüdinger, l. c. I Abth., s. 70.

[8]) Pansch, l. c., s. 177.

[9]) Pirogoff, l. c., Fasc. 2, Tab. 15, 16 и 17.

[10]) Sömmerring, l. c., s. 214.

[11]) Luschka, l. c., Bd. I, Abth. 2, s. 330

[12]) Cruveilhier, l. c., p. 110, vol. II, p. 1, § 3.

[13]) Follin, l. c., p. 6.

[14]) Sappey, l. c., p. 149.

[15]) Henle, Brusthöhle, s. 891.

[16]) Лесгафтъ, «О положеніи желудка». Проток. Общ. Русск. Врачей 29 января 1881 г. и отд. от., стр. 4.

ница пищевода по отношенію къ позвоночнику можетъ варіировать между 5 и 7 шейными позвонками, а нижняя—между 9 и 11 спинными.

Отчего зависитъ такое разнообразіе? Хирургу, рѣшающемуся произвести сѣченіе пищевода или катетеризацію его, весьма важно знать по возможности точно границы его, поэтому Follin [1]) и по свидѣтельству его Verneuil, а потомъ Mouton [2]), старались точно опредѣлить условія, которыя вліяютъ на перемѣщеніе верхней границы пищевода по отношенію къ позвоночнику и они пришли къ тому заключенію, что оно зависитъ отъ положенія головы. На стр. 7 и 8 своей диссертаціи Follin говоритъ, что при горизонтальномъ положеніи трупа и при прямомъ положеніи головы, т. е. въ промежуточномъ между сгибаніемъ и разгибаніемъ, верхняя граница пищевода «соотвѣтствуетъ приблизительно уровню соннаго бугорка (передній бугорокъ поперечнаго отростка 6-го шейнаго позвонка); при крайнемъ разгибаніи головы она можетъ соотвѣтствовать тѣлу 5-го позвонка или по крайней мѣрѣ межпозвоночному хрящу между 5 и 6, а при сильномъ сгибаніи, напротивъ, эта же граница спускается до уровня межпозвоночнаго диска, который раздѣляетъ 6 и 7 шейные позвонки; однимъ словомъ при самыхъ крайнихъ движеніяхъ головы въ передне-заднемъ направленіи можно перемѣстить верхнюю границу пищевода почти до 4 сант. и это перемѣщеніе по преимуществу происходитъ на счетъ верхнихъ частей пищевода». То же самое подтверждаетъ и Mouton. Мои опыты также доказали дѣйствительность этихъ перемѣщеній начала пищевода при перемѣнахъ положенія головы. При промежуточномъ положеніи головы между сгибаніемъ и разгибаніемъ начало пищевода по моимъ 10-ти опытамъ соотвѣтствуетъ тѣлу 6-го шейнаго позвонка, стало быть приблизительно уровню соннаго бугорка. Это опредѣленіе верхней границы пищевода и перемѣщеніе ея при движеніяхъ головы, какъ справедливо замѣчаетъ Mouton, весьма драгоцѣнны для хирурга, рѣшающагося произвести сѣченіе пищевода, но далеко недостаточно, когда дѣло идетъ о томъ, чтобы узнать съ помощію катетеризаціи мѣстоположеніе въ пищеводѣ посторонняго тѣла или же его съуженія. Для этого нужно знать разстояніе начала пищевода отъ верхнихъ рѣзцовъ, какъ неподвижной точки рта. Какъ я уже сказалъ выше, это разстояніе впервые измѣрилъ Mouton [3]) и его опыты, «повторенные много разъ, показали, что цифры всегда варіировали между 14 и 15 сант.». Въ своихъ опытахъ я опредѣлялъ это разстояніе при горизонтальномъ положеніи трупа и при различныхъ положеніяхъ головы, т. е. при крайнемъ сгибаніи, при крайнемъ разгибаніи и въ промежуточномъ между сгибаніемъ и разгибаніемъ, тѣмъ же способомъ, какимъ пользовался Mouton, причемъ я еще измѣрялъ длину шеи, т. е. разстояніе отъ подъязычной кости до грудной дужки при прямомъ положеніи головы и при крайней экстензіи и представляю свои измѣренія въ слѣдующей таблицѣ.

[1]) Follin, l. c., p. 5—6.
[2]) Mouton, l. c., p. 20.
[3]) Mouton,—l. c., p. 20.

№ №	Длина трупа.	Длина позвоночника по кривой линіи.	Длина шеи спереди при прямомъ положеніи головы.	Длина шеи при крайней экстензіи головы.	Разстояніе отъ верхнихъ рѣзцовъ до начала пищевода при прямомъ положеніи головы.	Разстояніе отъ верхнихъ рѣзцовъ до начала пищевода при крайней экстензіи головы	Разстояніе отъ верхнихъ рѣзцовъ до начала пищевода при крайней флексіи головы.	% отношеніе величины разстоянія отъ верхнихъ рѣзцовъ до начала пищевода къ длинѣ позвоночника по кривой линіи.	ЗАМѢЧАНІЯ.
1	170	98,5	10	13	14,5	17	14	0,147...	Муж. трупъ 26 лѣтъ.
2	180	103	11	14	15,5	18,5	15	0,15...	Муж. трупъ 30 лѣтъ.
3	170	97,5	12	15	15,5	18,5	15	0,159...	Муж. трупъ 26 лѣтъ.
4	154	92	9	12,5	13,5	16	12,5	0,147...	Муж. трупъ около 30 лѣтъ.
5	164	98	10	13	14,5	17,5	13,5	0,148...	Муж. трупъ около 50 лѣтъ.
6	166	93	10	13	15	18	14	0,16...	Муж. трупъ около 30 лѣтъ.
7	172	97	12	14,5	15,5	18	15	0,16...	Муж. трупъ 19 лѣтъ.
8	157	93	9,5	12	14	16,5	13,5	0,15...	Муж. трупъ 33 лѣтъ.
9	174	100	11	13,5	15,5	18,5	14,5	0,155.	Муж. трупъ около 25 лѣтъ.
10	170	99	12	15	16	18,5	15	0,16...	Муж. трупъ около 30 лѣтъ.
11	170	101	10	13	15	18	14,5	0,15...	Муж. трупъ около 50 лѣтъ.
12	160	98	10.5	13.5	14,5	17,5	14	0,15...	Жен. трупъ около 20 лѣтъ.
13	151	88	10	12,5	13.5	16,5	13	0,15...	Жен. трупъ около 30 лѣтъ.
14	176	100	11	14	15	18	14	0,15.	Муж. трупъ около 60 лѣтъ.
15	168	92	9	12	14	17	13,5	0,15...	Муж. трупъ 30 лѣтъ.
16	156	83	10	12.5	13,5	16,5	13	0,16...	Муж. трупъ около 45 лѣтъ.
17	176	99	12	15	16	19	15,5	0,16...	Муж. трупъ около 25 лѣтъ.
18	172	96	12	15	16	18,5	15	0.16...	Муж. трупъ 21 года.

Изъ этой таблицы видно, что при промежуточномъ положеніи головы между сгибаніемъ и разгибаніемъ разстояніе отъ верхнихъ рѣзцовъ до начала пищевода варіируетъ между 13,5 и 16 сант., а въ среднемъ выводѣ=14,8 сант.; при крайнемъ разгибаніи головы это разстояніе увеличивается на 2,5—3 сант., а при крайнемъ сгибаніи ся—уменьшается на 1—0,5 сант. Кромѣ того, это разстояніе находится въ очевидной зависимости отъ длины позвоночника и составляетъ въ среднемъ выводѣ 0,154.... часть длины позвоночника по кривой линіи, такъ что, зная длину позвоночника субъекта, можно вычислить это разстояніе по формулѣ: X=A. 0,154...., гдѣ X означаетъ искомую величину, A—длину позвоночника по кривой линіи. Менѣе очевидна эта зависимость отъ длины шеи, что весьма понятно, такъ какъ длина шеи зависатъ, какъ справедливо говоритъ Richet[1]), отъ индивидуальной постановки плечеваго пояса и измѣняется весьма незначительно. То же самое подтверждаютъ и цифры Tillaux[2]). Кромѣ того, я еще производилъ измѣреніе разстоянія отъ верхнимъ рѣзцовъ до начала пищевода на распилахъ замороженныхъ труповъ; при этомъ на сагитальныхъ распилахъ двухъ замороженныхъ труповъ при прямомъ положеніи головы, на одномъ изъ нихъ разстояніе начала пищевода отъ верхнихъ рѣзцовъ было 15,3 сант., а на другомъ 15,5 сант.. На сагитальномъ распилѣ замороженнаго трупа при крайнемъ разгибаніи головы это разстояніе было 17$^1/_2$ сант., а на другомъ распилѣ трупа, замороженномъ при крайнемъ сгибаніи головы, разстояніе начала пищевода отъ верхнихъ рѣзцовъ=14,3 сант. На сагитальномъ распилѣ трупа новорожденнаго ребенка, замороженнаго при прямомъ положеніи головы, начало пищевода было на уровнѣ межпозвоночнаго хряща между 5 и 6 шейными позвонками и отстояло отъ передней части верхней десны на 7 сант., а на уровнѣ межпозвоночнаго хряща между 10 и 11 спинными позвонками пищеводъ впадалъ въ желудокъ.

Нижняя граница пищевода по моимъ 10 опытамъ въ половинѣ случаевъ была на уровнѣ 10, а въ другой половинѣ—на уровнѣ 11 спиннаго позвонка; на 5 распилахъ замороженныхъ труповъ три раза пищеводъ впадалъ въ желудокъ на уровнѣ 11 спиннаго позвонка, одинъ разъ на уровнѣ межнозвоночнаго хряща между 10 и 11 и одинъ разъ на уровнѣ 10-го груднаго позвонка.

Кромѣ того, границы пищевода на трупахъ находятся въ большой зависимости отъ степени наполненія желудка содержимымъ. На эту мысль я наведенъ былъ при своихъ опытахъ съ наливаніемъ пищевода гипсовой кашицей черезъ ротъ; при вынимaніи слѣпковъ изъ трупа, я сначала очень удивлялся, что границы пищевода находились низко и тѣмъ ниже, чѣмъ большій отрѣзокъ желудка наливался. Я никакъ не могъ объяснить этотъ фактъ до тѣхъ поръ, пока я случайно для совершенно посторонниxъ цѣлей не заморозилъ трупа въ стоячемъ положеніи при крайнемъ сгибаніи головы, у котораго оказалась огромная печень и большое количество жидкости въ желудкѣ. На сагитальномъ распилѣ этого трупа пищеводъ начинался на уровнѣ самой нижней части 7-го шейнаго позвонка, а нижняя граница его находилась на

¹) Richet, l. c., p. 402.

²) Tillaux.—l. c., p. 410.

уровнѣ 1-го поясничнаго позвонка. Чтобы увѣриться въ томъ, что здѣсь играетъ роль тяжесть содержимаго желудка, а также можетъ быть и печень, я заморозилъ еще трупъ въ стоячемъ положеніи головою вверхъ и при прямомъ положеніи головы, предварительно введя чрезъ эластическій зондъ въ желудокъ 2 фунта гипсовой кашицы. На сагитальномъ распилѣ этого трупа печень нормальной величины, начало пищевода находилось на уровнѣ межпозвоночнаго хряща между 7 шейнымъ и 1 груднымъ позвонкомъ; разстояніе отъ верхнихъ рѣзцовъ до начала пищевода=17 сант., а нижняя граница его находилась на уровнѣ 12 груднаго позвонка. Изъ этого ясно, что моя мысль вполнѣ подтвердилась, а стало быть не нужно и удивляться разнорѣчію авторовъ относительно границъ пищевода по отношенію къ позвоночнику, такъ какъ никто изъ нихъ не обратилъ вниманія на степень наполненія желудка. А если мнѣ возразятъ на это, что обыкновенно опредѣляютъ границы пищевода при горизонтальномъ положеніи трупа, гдѣ не должны играть никакой роли ни тяжесть содержимаго желудка, ни тяжесть печени, то я напомню, что каждый трупъ подвергается переноскѣ, подъ часъ не совсѣмъ деликатной и по многу разъ, что безъ сомнѣнія имѣетъ огромное вліяніе на положеніе органовъ, особенно подвижныхъ и при совершенной потерѣ тонуса тканей и отчасти ихъ эластичности.

4) *Направленіе.* Общее направленіе пищевода довольно прямолинейное сверху внизъ и справа налѣво, но внимательное изученіе направленія его показываетъ, что онъ постоянно имѣетъ опредѣленные изгибы—съ одной стороны боковые, а съ другой—передне-задніе; только значительность и протяженіе этихъ уклоненій индивидуально очень различны и этимъ объясняются встрѣчающіяся иногда относительно этого различныя указанія въ учебникахъ. При своемъ началѣ на уровнѣ 6-го шейнаго позвонка пищеводъ лежитъ какъ разъ на средней линіи тѣла. На дальнѣйшемъ пути отъ 7-го шейнаго до 3-го груднаго позвонка онъ довольно замѣтно отклоняется влѣво отъ средней линіи и отъ дыхательнаго горла, съ которымъ онъ образуетъ открытый кпереди и влѣво жолобъ, sulcus tracheo—oesophageus. Это отклоненіе влѣво по Rüdinger'у [1]) «очень часто такъ сильно, что пищеводъ ложится съ лѣвой стороны рядомъ съ дыхательной трубкой». Но высота, на которой рѣзче всего выражено это отклоненіе, видоизмѣняется, такъ у Braune [2]) на табл. VIII, гдѣ разрѣзъ прошелъ на уровнѣ нижней поверхности 1-го груднаго позвонка, пищеводъ только начинаетъ отклоняться отъ средней линіи, между тѣмъ какъ у Пирогова [3]) на табл. 1, fasc. 2, гдѣ разрѣзъ прошелъ между 1 и 2 грудными позвонками, пищеводъ имѣетъ совершенно боковое положеніе. На моихъ поперечныхъ распилахъ на уровнѣ 7 шейнаго позвонка пищеводъ лежалъ на лѣвой половинѣ его тѣла, выдаваясь немного лѣвымъ краемъ изъ-за дыхательнаго горла и это отклоненіе рѣзче всего было выражено, согласно Braune [4]), на уровнѣ 2 и 3 грудныхъ позвонковъ. При дальнѣйшемъ своемъ

---

[1]) Rüdinger.—l. c., 3 Abth., 2 Hälfte, s. 174.

[2]) Braune.—l. c., s. 75, Taf. VIII.

[3]) Pirogoff,—Anatome topografica sectionibus per corpus humanum congelatum triplici directione ductis illustrata, Petropoli. 1859.

[4]) Braune.—l. c. Taf. IX, s. 82.

ходѣ въ заднемъ грудномъ промежуткѣ пищеводъ на уровнѣ 3 или 4 груднаго позвонка, встрѣчая дугу аорты, дѣлаетъ легкій изгибъ вправо, помѣщаясь сначала позади дуги ея, а затѣмъ справа нисходящей ея части и такимъ образомъ пищеводъ постепенно снова приближается къ средней линіи тѣла и снова впереди его лежитъ дыхательная трубка, позади которой рѣдко онъ идетъ до самаго ея дѣленія, а чаще онъ перекрещивается съ началомъ лѣваго бронха, причемъ дыхательная трубка отходитъ немного вправо. Степень этого правосторонняго отклоненія пищевода по моимъ распиламъ и гипсовымъ слѣпкамъ незначительна. Дойдя до нижней границы раздвоенія дыхательной трубки, которая соотвѣтствуетъ 5 спинному позвонку, пищеводъ идетъ далѣе внизъ позади бронхіальныхъ железъ и потомъ позади околосердечной сумки, снова постепенно отклоняется влѣво и постепенно оттѣсняется отъ позвоночнаго столба аортой и v. azygos, такъ что по Henle [1]) и Пирогову [2]) на уровнѣ 8-го груднаго позвонка, соотвѣтственно нижнему краю 4 ребернаго хряща, онъ располагается передъ аортой, чтобы впереди и лѣвѣе ея проникнуть чрезъ діафрагму. Pansch [3]) говоритъ, что поворотъ нижней части пищевода влѣво въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ гораздо значительнѣе и внезапнѣе, чѣмъ это обыкновенно принимаютъ. По моимъ поперечнымъ распиламъ нижній конецъ пищевода отстоитъ влѣво отъ срединной линіи тѣла на 2—2$^{1}/_{2}$ сант.; по Rüdinger'у [4]) на 2,5 сант. На моемъ поперечномъ распилѣ замороженнаго трупа, у котораго случайно оказался умѣренный лѣвосторонній плевритъ, нижняго уклоненія пищевода влѣво почти не существовало, такъ что на высотѣ 11 груднаго позвонка, гдѣ онъ прободаетъ грудобрюшную преграду, онъ лежалъ впереди аорты тотчасъ влѣво отъ срединной линіи тѣла, на лѣвой половинѣ тѣла позвонка. Подобное мы также находимъ у Пирогова [5]). На поперечныхъ распилахъ другаго трупа, у котораго былъ правосторонній pneumothorax и правое легкое было совершенно сжатое, пищеводъ и дыхательное горло сильно отклонены влѣво; верхнее отклоненіе пищевода влѣво очень значительно; на уровнѣ 5 груднаго позвонка пищеводъ лежитъ впереди аорты, а на уровнѣ 6 онъ уже помѣщается слѣва отъ нея и отстоитъ отъ средней линіи тѣла на 3 сант.; а на уровнѣ 8—на 3,8 сант.; нижняя граница пищевода отстоитъ отъ средней линіи тѣла на 4 сант. Аорта и v. azygos идутъ нормально и прикрыты правой пластинкой mediastini postici.

Кромѣ этихъ искривленій пищевода по фронтальной плоскости, существуетъ еще одно искривленіе его по сагитальной плоскости, т. е. передне-задняя кривизна. Она образована тѣмъ, что пищеводъ на шеѣ и въ верхней части грудной клѣтки приблизительно до 3 или 4 груднаго позвонка лежитъ на позвоночникѣ и слѣдуетъ его искривленію, сообразно которому и кривизна пищевода бываетъ выражена то болѣе, то менѣе значительно. На дальнѣйшемъ ходѣ пищеводъ постепенно оттѣсняется отъ позвоночника кпереди груднымъ протокомъ, клѣтчаткой, a. a. intercostales, v. v.

---

1) Henle,—Eingeweidlehre, s. 157.
2) Pirogoff,—l. c., Fasc. 2, Tab. 12, fig. 2.
3) Pansch,—l. c. s. 177.
4) Rüdinger,—l. c. 1 Abth., s. 70.
5) Pirogoff—l. c. Fasc. 2, Tab. 18 и 19.

azygos et hemyazygos inferior, лимфатическими железами, но конечно главнымъ образомъ аортой etc.; такимъ образомъ пищеводъ образуетъ слабую дугу, открытую кпереди. Это передне-заднее искривленіе пищевода рѣзко было выражено на одномъ изъ моихъ сагитальныхъ распиловъ замороженныхъ труповъ и также хорошо видно на гипсовыхъ слѣпкахъ. То же мы находимъ у Rüdinger'а [1]) и Пирогова [2]).

Примѣчаніе. Mouton [3]) очевидно впалъ въ ошибку, не найдя передне-задней кривизны пищевода и въ подтвержденіе этого говоритъ, что Sappey и Cruveilhier не признаютъ, что пищеводъ слѣдуетъ кривизнѣ позвоночника назадъ. Я очень внимательно изучалъ всѣхъ анатомовъ доступныхъ мнѣ, начиная съ Sömmerring'а и нашелъ, что почти всѣ признаютъ существованіе этой кривизны и Sappey [4]) ясно говоритъ, что «при входѣ въ грудную полость пищеводъ отклоняется вправо и *немного назадъ*». Одинъ Cruveilhier [5]) утверждаетъ, что пищеводъ «нисколько не слѣдуетъ кривизнѣ позвоночника».

На величину искривленій пищевода, также какъ и на границы его имѣетъ большое вліяніе съ одной стороны положеніе головы, а съ другой—тяжесть содержимаго желудка и можетъ быть печени. Mouton [6]) говоритъ: «извѣстно, что, когда голова запрокинута назадъ, поднятіе верхняго конца пищевода отчасти изглаживаетъ первыя его кривизны». Въ справедливости этого и я убѣдился. Что же касается до вліянія тяжести содержимаго желудка, а можетъ быть и печени на величину искривленій пищевода и по преимуществу нижней его части, то это само собою понятно изъ того, что было сказано при описаніи границъ его. То же самое показываютъ и гипсовые слѣпки, полученные мною при наливаніи пищевода черезъ ротъ.

Въ высокой степени интересенъ ходъ пищевода при искривленіяхъ позвоночника, при кифозѣ и сколіозѣ. По Bouvier [7]) при незначительныхъ искривленіяхъ позвоночника пищеводъ почти сохраняетъ свои нормальныя отношенія, какъ видно на двухъ его рисункахъ (см. табл. 13, фиг. 4; 15, фиг. 4). Но почти во всѣхъ другихъ случаяхъ пищеводъ постепенно удаляется отъ средины кривизны, по мѣрѣ того какъ она сильнѣе выражается; онъ стремится образовать хорду дуги позвоночника. Описанный ходъ пищевода при искривленіяхъ позвоночника составляетъ правило, какъ это видно на слѣдующихъ рисункахъ Bouvier: табл. 11, фиг. 2; 12, фиг. 2; 14, фиг. 1; 13, фиг. 3; 15, фиг. 2 и 3; табл. 16 и 18. Изъ этихъ таблицъ видно, что пищеводъ идетъ въ направленіи хорды кривизны позвоночника, но аорта, v. azygos и v. cava infer. довольно точно слѣдуютъ кривизнѣ его, иногда даже отъ сильнаго перегибанія аорты на стѣнкѣ ея съ вогнутой стороны образуется довольно глубокая складка, какъ это видно на табл. 10, фиг. 2.

---

[1]) Rüdinger,—l. c., s. 70, taf. 11.

[2]) Пироговъ,—l. c., fasc. 2 B, pag. 21—25 и Tab. 7, fig. 2.

[3]) Mouton,—l. c., p. 24—30.

[4]) Sappey,—l. c., v. 4, p. 150.

[5]) Cruveilhier,—l. c., v. 2. par. 1, p. 112.

[6]) Mouton, l. c., p. 29.

[7]) Bouvier, Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. avec atlas, Paris. 1858, p. 418.

Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ пищеводъ хотя и не совсѣмъ точно слѣдуетъ искривленію позвоночника, но все-таки значительно изгибается, какъ это видно на двухъ рисункахъ атласа Bouvier, табл. 10, фиг. 2. Сколіозъ третьей степени съ первичной правосторонней спинной кривизной у женщины 75 лѣтъ. На этомъ рисункѣ аорта точно слѣдуетъ за искривленіемъ позвоночника; въ этомъ же направленіи и пищеводъ немного искривляется. На другой табл. 13. фиг. 2, гдѣ представлена первичная правосторонняя спинная кривизна у мужчины 31 года, аорта, v. azygos и v. cava inf. слѣдуютъ искривленіямъ позвоночника и пищеводъ сильно искривленъ, идетъ почти параллельно аортѣ, слѣдовательно только немного удаляется отъ направленія позвоночника. Pansch [1]) говоритъ, что «при кифозѣ кривизна пищевода легко дѣлается столь значительной, что становится невозможнымъ ввести твердые инструменты и можетъ быть даже сомнительнымъ возможность проникновенія въ желудокъ и эластическихъ инструментовъ. При сколіозахъ кажется, что пищеводъ не слѣдуетъ изгибамъ позвоночнаго столба; но во всякомъ случаѣ показуется постоянно быть осторожнымъ при зондированіи въ подобныхъ случаяхъ».

Я имѣлъ случай отпрепарировать пищеводъ на трупѣ, около 35 лѣтъ, имѣющаго правосторонній сколіозъ въ очень сильной степени. Длина трупа = 145 сант.; длина позвоночника по кривой линіи=85 сант.; длина позвоночника по прямой линіи, т. е. разстояніе между перпендикулярами, проведенными отъ макушки къ плоскости, на которой лежитъ трупъ и отъ конца копчика къ той же плоскости=70 сант. Аорта и прочіе сосуды задняго груднаго промежутка въ своемъ ходѣ точно слѣдовали за искривленіемъ позвоночника. Пищеводъ въ шейной части отклонялся немного влѣво, но при входѣ въ грудную полость вмѣстѣ съ дыхательной трубкой онъ такъ сильно отклонялся вправо, что находился позади груднаго конца ключицы, тотчасъ правѣе праваго грудинно-ключичнаго сочлененія, при этомъ дыхательная трубка нѣсколько сильнѣе пищевода отклонялась вправо и была гораздо сильнѣе нормальнаго повернута такимъ образомъ, что правый бронхъ очень рѣзко направленъ впередъ и вправо, а лѣвый—назадъ и влѣво; вмѣстѣ съ этимъ передне-задняя дуга пищевода была очень сильно выражена. Ниже перекреста съ лѣвымъ бронхомъ пищеводъ постепенно переходилъ влѣво до hyatus oesophageus грудобрюшной преграды. Такимъ образомъ, пищеводъ въ данномъ случаѣ хотя и не совсѣмъ точно слѣдовалъ за искривленіемъ позвоночника, но въ грудной своей части очень сильно искривлялся и по своему ходу вполнѣ напоминалъ табл. 13, фиг. 2 атласа Bouvier.

Какія причины способствуютъ тому, что пищеводъ при искривленіяхъ позвоночника стремится образовать хорду дуги?

По Bouvier [2]) это происходитъ вслѣдствіе двухъ главныхъ особенностей пищевода,—съ одной стороны, какъ органъ мышечно-перепончатый, онъ обладаетъ сократительностью, а съ другой—онъ связанъ съ позвоночникомъ крайне рыхлой растяжимой клѣтчатой тканью, позволяющей ему смѣщаться въ довольно значительной

---

[1]) Pansch, l. c., s. 177.
[2]) Bouvier. l. c.. p. 419.

степени. Образуя хорду дуги позвоночника при его искривленіи, пищеводъ по мышечной своей природѣ укорачивается точно также, какъ и всякій мускулъ скелета, точки прикрѣпленія котораго сближаются. Однако это укороченіе пищевода не доходитъ до того, чтобы онъ сильно натягивался, когда удаляютъ концы дуги позвоночника и такимъ образомъ, выпрямляя кривизну, никогда не рискуютъ его разорвать, такъ какъ онъ всегда уступаетъ. Къ этому объясненію я съ своей стороны добавлю, что здѣсь не малую роль играетъ также крѣпкая связь пищевода съ дыхательной трубкой, органомъ мало податливымъ, который почти не смѣщается при искривленіяхъ позвоночника. Потомъ нѣкоторую роль играютъ также mm. broncho-et pleuro-oesophagei, связь пищевода съ околосердечной сумкой и наконецъ связь его въ hyatus oesophageus грудобрюшной преграды. Напротивъ того аорта и другіе сосуды постоянно слѣдуютъ за искривленіями позвоночника вслѣдствіе того, что ихъ боковыя вѣтви плотно удерживаютъ на позвоночникѣ и не позволяютъ имъ смѣщаться.

5) *Длина пищевода* равняется промежутку, который раздѣляетъ глотку отъ желудка. Какъ относительно границъ пищевода мнѣнія авторовъ различны, точно также и относительно длины его мы находимъ въ литературѣ чрезвычайно разныя цифры. Krause [1]) и Huschke [2]) опредѣляютъ среднюю длину его въ 8 — 9 дюймовъ (20—23 сант.); Sappey [3]) отъ 22—25 сант.; Pansch [4])—въ 25—28 сант.; а Quain [5]) и Luschka [6]) — въ 28 — 30 сант. и по послѣднему автору «на трупахъ очень высокихъ мущинъ длина пищевода достигаетъ 33 сант.». Такое разнообразіе мнѣній анатомовъ вѣроятно зависитъ отъ различныхъ методовъ измѣренія, особенно если принять во вниманіе зависимость длины этого органа съ одной стороны отъ положенія головы и съ другой—отъ тяжести содержимаго желудка. Я свои измѣренія длины пищевода производилъ на распилахъ замороженныхъ труповъ, на вылитыхъ гипсовыхъ слѣпкахъ и при препарированіи этого органа, не вынимая его и не нарушая его связей съ сосѣдними органами; при этомъ, кромѣ длины пищевода, я еще измѣрялъ разстояніе отъ начала этого прохода до дуги аорты и до нижней границы раздвоенія дыхательнаго горла и эти измѣренія я представляю въ слѣдующихъ трехъ таблицахъ:

---

[1]) Krause, Eingeweidelehre, 1842, s. 614.
[2]) Huschke, Lehre von den Eingeweiden, 1844, s 46.
[3]) Sappey, l. c., v. IV, p. 149.
[4]) Pansch, l. c., s. 177.
[5]) Quain, l. c., t. I, s. 456.
[6]) Luschka, l. c., Bd. I, Abth. 2, s. 330 и Virchow's Archiv, Bd. 42, 1868, «Die Spindelförmige Erweiterung der Speiseröhre», s. 474.

Измѣренія на распилахъ замороженныхъ труповъ.

№№	Длина трупа.	Длина позвоночника по кривой линіи.	Длина пищевода.	Разстояніе отъ начала пищевода до bifurcat. tracheae.	Разстояніе отъ начала пищевода до дуги аорты.	% отношеніе длины пищевода къ длинѣ позвоночника.	% отношеніе длины пищевода къ длинѣ трупа или росту.	ЗАМѢЧАНІЯ.
1	176	94	25,5	11,7	8,7	0,27...	0,14...	Муж. трупъ около 30 лѣтъ, замороженъ при прямомъ положеніи головы въ лежачемъ на спинѣ положеніи. Поперечные распилы; лѣвосторонній плевритъ.
2	172	99	23,6	11,5	7,5	0.24.	0,14...	Муж. трупъ 82 лѣтъ, замороженъ при крайней флексіи головы въ лежачемъ положеніи на спинѣ. Распилы—шеи и верхней части груди сагитальный, а съ 4-го спиннаго позвонка поперечные.
3	166	97	25,5	10.5	7,8	0.26...	0,15...	Муж. трупъ около 40 лѣтъ, замороженъ при прямомъ положеніи головы въ лежачемъ на спинѣ положеніи. Сагитальный распилъ.
4	168	93	26	11,5	8,2	0,27...	0,15...	Муж. трупъ среднихъ лѣтъ замороженъ при крайней экстензіи головы въ лежачемъ положеніи. Сагитальный распилъ.
5	173	103	31	11,9	8,2	0,3	0,18...	Мужской трупъ около 30 лѣтъ, замороженный въ стоячемъ положеніи при крайней флексіи головы. Сагитальный распилъ. Большая печень и желудокъ наполненъ.
6	161	93	25,2	10	8,6	0,27	0,15...	Мужской трупъ 25 лѣтъ, замороженъ при прямомъ положеніи головы въ лежачемъ положеніи. Поперечные распилы. Pneumothorax dext.
7	51	38,5	9,2	—	—	0,24...	0,18...	Мужской трупъ новорожденнаго ребенка, замороженъ въ лежачемъ положеніи при прямомъ положеніи головы. Сагиттальный распилъ.
8	171	92	28	10,3	7,5	0.3...	0,16-..	Мужской трупъ около 30 лѣтъ, замороженъ стоя при прямомъ положеніи головы съ предварительнымъ введеніеммъ въ желудокъ 2-хъ фунтовъ гипса. Сагитальный распилъ.

Средне °/o отношеніе длины пищевода къ позвоночнику = 0,27..., а къ длинѣ тѣла или росту = 0,16..., а если мы исключимъ изъ вычисленій №№ 5 и 8 какъ ненормальные, то у насъ °/o-ное отношеніе длины пищевода къ позвоночнику будетъ = 0.26..., а къ длинѣ тѣла = 0,15....

Трупы съ наливаніемъ пищевода гипсовой кашицей.

№№	Длина трупа.	Длина позвоночника по кривой линіи.	Длина пищевода.	Разстояніе отъ начала пищевода до bifurcat. tracheae.	Разстояніе отъ начала пищевода до дуги аорты.	% отношеніе длины пищевода къ длинѣ позвоночника.	% отношеніе длины пищевода къ длинѣ трупа или росту.	ЗАМѢЧАНІЯ.
1	151	88	24	9,4	7,3	0,27…	0,16…	Женскій трупъ около 30 лѣтъ. Наливаніе не удалось.
2	157	93	22	9,8	7,5	0,24…	0,14…	Мужской трупъ 33 лѣтъ. Пищеводъ налитъ по Mouton.
3	168	92	24,5	10,3	8	0,27…	0,15…	Мужской трупъ 30 лѣтъ. Пищеводъ налитъ чрезъ желудокъ при горизонтальномъ положеніи трупа.
4	160	98	23	9,8	7,5	0,24…	0,14…	Женскій трупъ около 20 лѣтъ. Пищеводъ налитъ по способу Mouton.
5	166	93	25	10	7,5	0,26…	0,15…	Мужской трупъ около 30 лѣтъ. Наливаніе не удалось въ верхней части.
6	170	99	25,5	11	8,5	0.26…	0,15…	Мужской трупъ около 30 лѣтъ. Пищеводъ налитъ чрезъ желудокъ при горизонтальномъ положеніи трупа.
7	170	98,5	26	10,8	8	0,26…	0,15.	Мужской трупъ 26 лѣтъ. Пищеводъ налитъ по способу Mouton.
8	180	103	26	11	8,3	0,25…	0,14…	Мужской трупъ 30 лѣтъ. Пищеводъ налитъ чрезъ желудокъ при горизонтальномъ положеніи трупа.
9	170	97,5	25	10,5	7,8	0.26…	0,15…	Мужской трупъ 26 лѣтъ. Пищеводъ налитъ чрезъ желудокъ при горизонтальномъ положеніи трупа.
10	176	99	27	11,5	8	0,27…	0,15…	Мужской трупъ около 25 лѣтъ. Пищеводъ налитъ чрезъ ротъ.
11	160	90	24	10,8	7,6	0,27…	0.15…	Мужской трупъ 60 лѣтъ. Пищеводъ налитъ чрезъ ротъ.
12	179	100	26	11,5	8	0,26…	0,15…	Мужской трупъ 35 лѣтъ. Наливаніе не удалось.

Среднее % отношеніе длины пищевода къ длинѣ позвоночника = 0,26…, а къ длинѣ трупа = 0,15….

Измѣренія на трупахъ при препарированіи.

№№	Длина трупа.	Длина позвоночника по кривой линіи.	Длина пищевода.	Разстояніе отъ начала пищевода до bifurcat.—tracheae.	Разстояніе отъ начала пищевода до дуги аорты.	% отношеніе длины пищевода къ длинѣ позвоночника.	% отношеніе длины пищевода къ длинѣ тѣла.	ЗАМѢЧАНІЯ.
1	165	97	26	9,5	7,4	0,27...	0,16...	Мужской трупъ около 25 лѣтъ.
2	172	96	25	10,5	8	0,26...	0,15...	Мужской трупъ 21 года.
3	154	92	25	9	6,8	0,27...	0,16...	Женскій трупъ около 30 лѣтъ.
4	164	98	24,5	9,5	7,4	0,25.	0,15...	Мужской трупъ около 50 лѣтъ.
5	172	97	23,5	10	7,8	0,24...	0,14...	Мужской трупъ 19 лѣтъ.
6	174	100	25	11	8,5	0,25.	0,14...	Мужской трупъ около 25 лѣтъ.
7	170	101	25	9,5	7,2	0,25...	0,15...	Мужской трупъ около 50 лѣтъ.
8	176	100	25	10,5	8,5	0,25.	0,14...	Мужской трупъ около 60 лѣтъ.
9	156	83	23	9	6,5	0,27...	0,14...	Мужской трупъ около 50 лѣтъ.

Среднее процентное отношеніе длины пищевода къ длинѣ позвоночника = 0,26..., а къ длинѣ трупа — 0,15...

Изъ этихъ трехъ таблицъ мы видимъ, что общее процентное отношеніе длины пищевода къ длинѣ позвоночника = 0,26, а къ длинѣ тѣла = 0,15; стало быть, измѣривши длину позвоночника отъ макушки до конца копчика, слѣдуя искривленіямъ его или же ростъ субъекта, мы можемъ легко вычислить длину пищевода по формулѣ: $x = a \times 0,26$ или $x = b \times 0,15$, гдѣ x означаетъ длину пищевода, a—длину позвоночника по кривой линіи, a b—ростъ субъекта; при этомъ по моимъ провѣрочнымъ измѣреніямъ при вычисленіи по первой формулѣ ошибка можетъ быть на 0,5 сант., тогда какъ по второй—эта ошибка больше. Поэтому для большей точности, всегда нужно вычислять длину пищевода по первой формулѣ. Итакъ, длина пищевода колеблется отъ 23 до 26 сант., а въ среднемъ будетъ = 24,5—25 сант. Длина шейной части пищевода, согласно измѣреніямъ Sappey [1]), = 4—4½ сант., принимая длину

[1]) Sappey, l. c., v. IV, p. 149.

*

шеи не съ анатомической, а съ хирургической точки зрѣнія, т. е. до уровня горизонтальной плоскости, которая проходитъ чрезъ jugulum sterni и средину втораго спиннаго позвонка; длина грудной части пищевода = отъ 16 до 19 сант., а длина грудобрюшной части = 2 сант. Разстояніе отъ начала пищевода до нижней границы раздвоенія дыхательной трубки въ среднемъ выводѣ = 10,4, до дуги же аорты = 7,8 сант.

6) *Діаметры* пищевода различны, смотря потому въ сокращенномъ или же въ растянутомъ состояніи его разсматриваютъ, но въ томъ и другомъ случаѣ всѣ авторы согласны въ томъ, что онъ 1) представляетъ самый узкій отдѣлъ всего пищеварительнаго канала; 2) въ верхней своей части сплющенъ спереди назадъ, тогда какъ въ нижней болѣе цилиндриченъ и 3) имѣетъ небольшія съуженія при своемъ началѣ и при входѣ въ hyatus oesophageus грудобрюшной преграды, а ниже онъ постепенно воронкообразно расширяется по направленію къ cardia и переходитъ безъ рѣзкихъ границъ въ прилегающій отдѣлъ желудка. Такъ Hildebrandt [1]) опредѣляетъ діаметръ пищевода въ 1/2 дюйма (12,5 mm.); по Krause [2]) и Huschke [3]) въ сокращенномъ состояніи онъ шириною въ 8 линій (2 сант.) и въ 4 линіи (1 сант.) толщиною, но въ растянутомъ состояніи діаметръ его по Krause можетъ достигнуть до 11 линій (27,5 mm.), а по Huschke онъ не вполнѣ достигаетъ одного дюйма (2,5 сант.); это послѣднее утверждаетъ и Meckel [4]). По Cruveilhier [5]) искусственно растянутый пищеводъ имѣетъ діаметръ отъ 20 до 28 mm. По Luschka [6]) сагитальный или прямой размѣръ сокращеннаго пищевода достигаетъ не болѣе какъ 12 mm., но въ умѣренной степени растяженія діаметръ его почти всюду одинаковъ и въ среднемъ выводѣ = 2,7 сант., только у верхняго и нижняго концовъ онъ немного съуживается и самое узкое мѣсто его въ 2,2 сант. находится при входѣ его въ foramen oesophageum и еще на уровнѣ раздвоенія дыхательной трубки, гдѣ толщина его можетъ спуститься до 19 mm. Quain [7]) опредѣляетъ средній поперечный размѣръ сокращеннаго пищевода въ 1—1,5 сант., но въ расширенномъ состояніи онъ можетъ достигнуть 3—3,5 сант. Pansch [8]) сообщаетъ, что «сокращенный пищеводъ имѣетъ толщину приблизительно 1—1,5 сант., но слегка надутый = 2,5—3 сант.». По Henle [9]) поперечный діаметръ сокращеннаго пищевода = 10—12 mm., но въ искусственно растянутомъ состояніи = 20—28 mm. По Sappey [10]) пищеводъ состоитъ изъ двухъ неравной величины усѣченныхъ конусовъ, составленныхъ своими вершинами на уровнѣ 4-го груднаго по-

---

[1]) Hildebrandt, Eingeweidelehre, 1832, s. 260.
[2]) Krause, Eingeweidelehre, 1842, s. 614.
[3]) Huschke, l. c., s. 46.
[4]) Meckel, Eingeweidelehre, 1820, s. 247, § 2139.
[5]) Cruveilhier, l. c., p. 110, vol. II, part. I, § 3.
[6]) Luschka, l. c., Bd. I, Abth. 2, s. 330, «Das Antrum cardiacum des menschlichen Magens». Virchow's Archiv, Bd. XI, 1857, s. 428 и «Die Spindelförmige Erweiterung der Speiseröhre» Virchow's Archiv, Bd. 42, 1868, s. 474.
[7]) Quain, l. c., s. 456.
[8]) Pansch, l. c., s. 178.
[9]) Henle, l. c., s. 156.
[10]) Sappey, l. c., p. 149—150, v. IV.

звонка, гдѣ находится самая узкая часть=20 mm. въ діаметрѣ; выше діаметръ увеличивается отъ 22 до 24 mm., а ниже—отъ 26 до 28 mm. Lesbini [1]) опредѣляетъ діаметры самыхъ толстыхъ бужей, которые употребляются для «расширенія пищевода

у дѣтей обоего пола	отъ	2	до	5	лѣтъ	=15	mm.
» » »	»	5	»	8	»	=16	»
» » »	»	8	»	13	»	=18	»
» » »	»	13	»	15	»	=19	»

Для женщинъ свыше 16 лѣтъ	малаго роста	=20 mm.
» » » »	большаго »	=21 »

Для мужчинъ свыше 16 лѣтъ=21 mm.

По изслѣдованіямъ Mouton'a [2]) діаметръ пищевода при началѣ = 14 mm.; книзу онъ немного увеличивается, затѣмъ снова уменьшается, такъ что на разстояніи 7 сант. отъ его начала, на уровнѣ дуги аорты, діаметръ снова = 14 mm.; въ средней части пищевода онъ достигаетъ 21 mm., а въ самомъ низу уменьшается до 12 mm. Такимъ образомъ, въ пищеводѣ существуютъ три мѣста съуженія: одно—у начала его, второе—на 7 сант. ниже, на уровнѣ дуги аорты, и третье—въ концѣ пищевода, въ мѣстѣ прохожденія его сквозь грудобрюшную преграду. Діаметры растянутаго пищевода измѣнялись такимъ образомъ, что при началѣ онъ=18 mm., на 7 сант. ниже=19 mm., средняя часть растягивалась до 3,5 сант., а нижняя до 2,2—2,5 сант. Слѣдовательно, діаметръ вводимыхъ въ пищеводъ инструментовъ не долженъ превышать 18 mm.

Я измѣрялъ діаметры сокращеннаго пищевода на распилахъ замороженныхъ труповъ, а діаметры умѣренно растянутаго пищевода на гипсовыхъ слѣпкахъ, полученныхъ наливаніемъ пищевода гипсовой массой вышеописанными тремя способами, такъ какъ гипсовые слѣпки, полученные по одному и тому же способу, не могутъ дать вполнѣ вѣрной формы пищевода по весьма понятной причинѣ, а всѣ три способа, такъ сказать, дополняютъ другъ друга. Свои измѣренія я представляю въ нижеслѣдующихъ таблицахъ.

А. Діаметры сокращеннаго пищевода:

I. Поперечные распилы трупа около 30 лѣтъ, замороженнаго въ лежачемъ положеніи на спинѣ при прямомъ положеніи головы:

1) Распилъ на уровнѣ 6-го шейнаго позвонка, поперечный діаметръ пищевода со стѣнками = 1,7 сант., а передне-задній = 6 mm.

2) Распилъ на уровнѣ 7-го шейнаго позвонка, поперечный діаметръ = 1,7 сант., а передне-задній = 6 mm.

3) Распилъ на уровнѣ 1-го груднаго позвонка, поперечный=2 сант., а передне-задній = 0,5 сант.

4) На уровнѣ 2-го груднаго позвонка, пищеводъ открытъ, поперечный діаметръ=

---

[1]) Lesbini, Traitement des rétrécissements oesophagiens par la dilatation temporaire et progressive d'aprés la méthode de M. Ch. Bouchard. Thèse de Paris, 1873, p. 9.

[2]) Mouton, l. c., p. 17, 18 и 25.

1,3 сант., передне-задній=$^1/_2$ сант.; со стѣнками поперечный=2,1 сант., а передне-задній=1 сант.

5) На уровнѣ верхней части 4-го позвонка, поперечный діаметръ=1 сант., а передне-задній=$^1/_2$ сант.; со стѣнками попер.=1,7 сант., а передне задній=1 сант.

6) На уровнѣ верхней части 5-го позвонка, попер.=1,2 сант., а передне-задній=6 mm.; со стѣнками попер.=1,7 сант., а передне-задній=1,1 сант.

7) На уровнѣ нижней части 5-го позвонка, на мѣстѣ перекреста пищевода съ лѣвымъ бронхомъ, этотъ первый совершенно сплющенъ спереди назадъ съ поперечнымъ діаметромъ=2 сант., а передне-задній=$^1/_2$ сант.

8) На уровнѣ 6-го позвонка пищеводъ снова открытъ съ попер. діам.=1,2 сант., а передне-заднимъ=0,5 сант.; но со стѣнками попер. діам.=1,7 сант., а передне-задній=0,9 сант.

9) На уровнѣ верхней части 8-го позвонка пищеводъ имѣетъ совершенно круглое отверстіе съ діаметрами=$1^1/_2$ сант., а со стѣнками=1,7 сант.

10) На уровнѣ верхней части 9-го позвонка пищеводъ имѣетъ круглое отверстіе съ діам.=1 сант.; а со стѣнками=1,8 сант.

11) На уровнѣ верхней части 10-го позвонка пищеводъ имѣетъ круглое отверстіе съ діаметромъ=7 mm., а со стѣнками=1,8 сант.

12) На уровнѣ самой нижней части 10-го позвонка пищеводъ въ видѣ круглой звѣздообразной фигуры съ діаметромъ=1,7 сант.

13) На уровнѣ 11-го позвонка пищеводъ въ видѣ круглой звѣздообразной фигуры съ діаметромъ=1,8 сант.

Средній попер. діам. просвѣта пищевода=1,1 сант., а передне-задній=0,8 сант., но со стѣнками попер.=1,8 сант., а передне-задній=1,15 сант.

II. Распилы трупа 82 лѣтъ, замороженнаго при крайней флексіи головы въ лежачемъ на спинѣ положеніи:

1) Сагитальный распилъ шеи и верхней части груди до 4-го грудн. позв., пищеводъ со 2-го грудн. позв. открытъ въ попер. діам.=1,3 сант., а передне-задній=0,8 сант.

2) Попер. распилъ на уровнѣ 4-го грудн. позв., просвѣтъ пищевода въ видѣ неправильнаго овала съ попер. діам.=1,7 сант., а передне-задній=1 сант.

3) Поперечный распилъ на уровнѣ 5-го грудн. позв., просвѣтъ пищевода въ попер. діам.=1 сант., а передне-задній=0,5 сант.

4) Попер. распилъ на уровнѣ межпозвоночнаго хряща между 6 и 7 грудн. позв., пищеводъ сокращенъ въ видѣ овальной звѣздообразной фигуры съ попер. діам.=1,5 сант., а передне-задній=0,8 сант.

5) Попер. распилъ на уровнѣ верхней части 8-го грудн. позв., попер. діам. пищевода со стѣнками=2 сант., а передне-задній=1 сант.

6) Попер. распилъ на уровнѣ нижней части 8-го грудн. позв., попер. діам. пищевода со стѣнками=2 сант., а передне-задній=1 сант.

7) Попер. распилъ на уровнѣ нижней части 9-го грудн. позвонка, пищеводъ сокращенъ съ попер. діам.=1,8 сант., а передне-задній=1,2 сант.

8) Попер. распилъ на уровнѣ нижней части 10-го грудн. позв., пищеводъ сокращенъ въ видѣ звѣздообразной круглой фигуры съ діаметромъ=1,5 сант.

Средній поперечный діаметръ просвѣта пищевода=1,3 сант., а передне-задній=0,8 сант., но попер. діам. сокращеннаго пищевода=1,8 сант., а передне-задній=1,1 сант.

III. Поперечные распилы трупа 25 лѣтъ, замороженнаго въ лежачемъ на спинѣ положеніи при прямомъ положеніи головы:

1) Поперечный распилъ на уровнѣ перстневиднаго хряща и 6-го шейнаго позвонка; пищеводъ сплюснутъ спереди назадъ съ попер. діам.=1,6 сант. со стѣнками.

2) Поперечный распилъ на уровнѣ 1-го грудн. позвонка, пищеводъ спавшійся съ попер. діам.=1,7 сант. со стѣнками, а передне-задн.=0,8 сант.

3) Поперечный распилъ на уровнѣ верхн. части 3-го грудн. позвонка, попер. діам. сокращеннаго пищевода=1,7 сант., а пер.-задн.=0,8 сант. со стѣнками.

4) Поперечный распилъ на уровнѣ верхн. части 5-го груд. позв., пищеводъ сокращенъ, попер. діам. его=1,6 сант., а передне-задн.=0,8 сант.

5) Поперечный распилъ на уровнѣ 6-го грудн. позвонка, пищеводъ открытъ, попер. діам. его просвѣта=1 сант., а передне-задн.=0,6 сант.

6. Поперечный распилъ на уровнѣ верхн. части 8-го грудн. позвонка, пищеводъ открытъ, просвѣтъ его круглый съ діам.=1 сант.

7) Поперечный распилъ на уровнѣ 9-го грудн. позв., просвѣтъ пищевода круглый съ діам.=1,2 сант.

Средній поперечный діам. просвѣта пищевода=1 сант., а пер.-задн.=0,9 сант., но попер. діам. сокращеннаго пищевода=1,65 сант., а пер.-задн.=0,8 сант.

Общій поперечный діаметръ просвѣта пищевода=1,1 сант., а передне-задн.=0,8 сант., общій поперечный діаметръ сокращеннаго пищевода=1,8 сант., а передне-задній==1 сант.

В. Діаметры гипсовыхъ слѣпковъ:

Рис. № 2. Наливаніе по Mouton'у.

Средній попереч. діам. = 2,6 сант., а пер.-задн. = 2,3 сант.

Длина пищевода по прямой линіи = 20 сант.

» » » кривой » = 22 »

При началѣ пищевода поперечникъ = 1,9 сант.

» » » передне-задній діаметръ = 1,5 сант.

На	1	сант. ниже попереч.	= 2,1	сант., а перед.-задн.	= 1,6 сант.
»	2	» » »	= 2,3	» »	= 1,7 »
»	3	» » »	= 2,3	» »	= 1,7 »
»	4	» » »	= 2,3	» »	= 1,6 »
»	5	» » »	= 2,3	» »	= 1,7 »
»	6	» » »	= 2,3	» »	= 1,7 »
»	7	» » »	= 2,2	» »	= 1,9 »
»	8	» » »	= 2,3	» »	= 2,1 »
»	9	» » »	= 2,4	» »	= 2,2 »
На	10	сант. попереч.	= 2.5	сант., а перед.-задн.	— 2,3 сант.
»	11	» »	= 2,7	» »	= 2,4 »

Средній попереч. діам.=2,6 сант., а пер.-задн.=2,3 сант.

На	12	сант.	попереч.	= 3	сант.,	а перед.-задн.	= 2,6	сант.	
»	13	»	»	= 3	»	»	= 2,7	»	
»	14	»	»	= 3	»	»	= 2,8	»	
»	15	»	»	= 3	»	»	= 2,8	»	
»	16	»	»	= 3	»	»	= 3	»	
»	17	»	»	= 3	»	»	= 2,9	»	
»	18	»	»	= 2,8	»	»	= 2,7	»	
»	18½	»	»	= 2,6	»	»	= 2,6	»	= мѣсто входа въ hyatus oesoph. diaph.
»	19	»	»	= 3	»	»	= 2,9	»	
»	20	»	»	= 3,5	»	»	= 3,5	»	
»	21	»	»	= 4	»	»	= 3,7	»	
»	22	сант. (cardia)	попереч.	= 4,3	сант.,	а перед.-задн.	= 3,7	сант.	

Рис. № 3. Наливаніе по Mouton'у (вертикальное положеніе трупа).

Длина пищевода по прямой = 23,2 сант., а по кривой = 26 сант.

При началѣ пищевода попереч. = 2,1 сант., а передн.-задн. = 1,5 сант.

Средній попереч. діам. = 2,7 сант., а переч. = 2,1 сант.

На	1	сант. ниже	попереч.	= 2,3	сант.,	а передн.-задн.	= 1,7	сант.
»	2	»	»	= 2,7	»	»	= 2	»
»	3	»	»	= 3	»	»	= 2	»
»	4	»	»	= 2,8	»	»	= 2,1	»
»	5	сант.	попереч.	= 2,5	сант.,	а передн.-задн.	= 2	сант.
»	6	»	»	= 2,5	»	»	= 2,1	»
»	7	»	»	= 2,8	»	»	= 2	»
»	8	»	»	= 2,9	»	»	= 1,8	»
»	9	»	»	= 2,8	»	»	= 1,8	»
»	10	»	»	= 2,3	»	»	= 2,1	»
»	11	»	»	= 2,4	»	»	= 2	»
»	11½	»	»	= 2	»	»	= 1,8	»
»	12	»	»	= 2,1	»	»	= 1,8	»
»	12½	»	»	= 2	»	»	= 1,7	»
»	13	»	»	= 2,4	»	»	= 1,8	»
»	13½	»	»	= 2	»	»	= 1,9	»
»	14	сант. ниже	попереч.	= 2,6	сант.,	а передн.-задн.	= 2	сант.
»	14½	»	»	= 2	»	»	= 2	»
»	15	сант.	попереч.	= 2,5	сант.,	а передн.-задн.	= 2,4	сант.
»	16	»	»	= 2,8	»	»	= 2,6	»
»	17	»	»	= 3	»	»	= 2,8	»
»	18	»	»	= 3	»	»	= 2,8	»
»	19	»	»	= 3	»	»	= 2,9	»
»	20	»	»	= 3,1	»	»	= 2,9	»
»	21	»	»	= 3,1	»	»	= 2,9	»
»	22	»	»	= 3	»	»	= 2,8	»
»	23	»	»	= 3,5	»	»	= 2,7	»
»	24	»	»	= 3,6	»	»	= 1,5	»
»	25	»	»	= 3,1	»	»	= 1,1	»
»	26	»	»	= 3	»	»	= 1	»

Рис. № 4. Наливанiе по Mouton'у.

Длина пищевода = 23 сант.
При началѣ пищевода попереч. = 2,7 сант., а передн.-задн. 1,9 сант.
На 1 сант. ниже попереч. = 2,6 сант., а передн.-задн. = 2 сант.
› 2 › › › = 2,8 › › = 1,9 ›
› 3 › › › = 3 › › = 2 ›
› 4 › › › = 2,9 › › = 2 ›
› 5 сант. попереч. = 2,9 сант., а передн.-задн. = 2,1 сант.
› 6 › » = 2,9 › › = 2,2 ›
› 7 › › = 2,7 › › = 2,2 ›
› 8 › › = 2,7 › › = 2,1 ›
› 9 › › = 2,7 › › = 2,2 ›
› 10 › › = 2,6 › › = 2,2 ›
› 11 › › = 2,7 › › = 2,3 ›
› 12 › › = 2,7 › › = 2,4 ›
› 13 › › = 2,7 › › = 2,5 ›
› 14 › › = 2,7 › › = 2,5 ›
› 15 › › = 2,7 › › = 2,6 ›
› 16 › › = 2,7 › › = 2,6 ›
› 17 › › = 2,7 › › = 2,7 ›
› 18 › › = 2,6 › › = 2,6 ›
› 19 › › = 2,5 › › = 2,5 ›
› 20 › › — 2,8 › › = 2,7 ›
› 21 » › — 3 › › = 2,9 ›
› 22 › › — 3,7 › › = 3,5 ›
› 23 › › — 5 › › = 5 ›

Среднiй попереч. дiам. = 2,8 сант., а передн.-задн. = = 2,4 сант.

Рис. № 5. Наливанiе чрезъ ротъ.

Длина пищевода = 27 сант.
При началѣ пищевода попереч. = 2,4 сант., а передн.-задн. = 2,1 сант.
На 1 сант. ниже попереч. = 2,3 сент., а передн.-задн. = 2 сант.
› 2 › попереч. = 2,4 сант., а передн.-задн. = 1,8 сант.
› 3 › › = 2,6 › › = 1,7 ›
› 4 › › = 2,5 › › = 1,7 ›
› 5 › › = 2,5 › › = 1,8 ›
› 6 › › = 2,5 › › = 1,9 ›
› 7 › › = 2,5 › › = 2 ›
› 8 › › = 2,6 › › = 2 ›
› 9 › › = 2,7 › › = 2,1 ›
› 10 › › = 2,7 › › = 2,1 ›
› 11 › › = 2,8 › › = 2,1 ›
› 12 › = 2,7 › › = 2,2 ›
› 13 › . = 2,8 › › = 2,4 ›
› 14 › . = 2,7 › › = 2,6 ›
› 15 › › = 2,9 › › = 2,7 ›
› 16 › › = 3 › › = 2,8 ›
› 17 › › = 3 › › = 2,7 ›

Среднiй попереч. дiам. = 2,5 сант., а передн.-задн. = 2,4 сант.

Средній попереч. діам.=2,5 сант., а передн.-задн. = 2,4 сант.

На	18	сант.	попереч.	= 3	сант., а	передн.-задн.	= 2,7	сант.
›	19	›	›	= 3	›	›	= 2,7	›
›	20	›	›	= 2,9	›	›	= 2,8	›
›	21	›	›	= 2.8	›	›	= 2,9	›
›	22	›	›	= 2,9	›	›	= 2,9	›
›	23	›	›	= 2,8	›	›	= 2,8	›
›	24	›	›	= 2,7	›	›	= 2,6	›
›	25	›	›	= 3,6	›	›	= 3	›
›	26	›	›	= 4	›	›	= 3,5	›
›	27	›	›	= 3,8	›	›	= 3,8	›

Рис. № 6. Наливаніе чрезъ ротъ.

Длина пищевода = 24 сант.

При началѣ пищевода попереч. = 2,2 сант., а передн.-задн. = 1,4 сант.

Средній попереч. и передн.-задн. діам. — 2,2 сант. (2,3 — 2,1).

На	1	сант.	ниже	попереч.	= 2,3	сант., а	передн.-задн.	= 1,4	сант.
›	2	›	›	›	= 2,2	›	›	= 1,6	›
›	3	›	›	›	= 2,2	›	›	= 1,8	›
›	4	›	›	›	= 2,2	›	›	= 1,9	›
›	5	›	›	›	= 2.1	›	›	= 1.9	›
›	6	›	›	›	= 2,1	›	›	= 2	›
›	7	›	›	›	= 2	›	›	= 2	›
›	8	›	›	›	= 2	›	›	= 1,9	›
›	9	›	›	›	= 2,3	›	›	= 1,9	›
›	10	›	›	›	= 2,3	›	›	= 2	›
›	11	›	›	›	= 2,3	›	›	= 2,1	›
›	12	›	›	›	= 2,3	›	›	= 2,2	›
›	13	›	›	›	= 2,5	›	›	= 2,3	›
›	14	›	›	›	= 2,6	›	›	= 2,3	›
›	15	›	›	›	= 2,7	›	›	= 2,4	›
›	16	›	›	›	= 2,6	›	›	= 2,4	›
›	17	›	›	›	= 2.7	›	›	= 2,4	›
›	18	›	›	›	= 2.6	›	›	= 2,4	›
›	19	›	›	›	= 2,5	›	›	= 2,5	›
›	20	›	›	›	= 2,3	›	›	= 2,4	›
›	21	›	›	›	= 2,1	›	›	= 2,5	›
›	22	›	›	›	= 1.8	›	›	= 3.3	›
›	23	›	›	›	= 1.5	›	›	= 3.5	›
›	24	›	›	›	= 1,2	›	›	= 3,5	›

Рис. № 7. Наливаніе чрезъ желудокъ при горизонтальномъ положеніи трупа.

Длина пищевода = 26 сант.

При началѣ пищевода попереч. = 2,4 сант., а передн.-задн. = 1,4 сант.

Средній попереч. діам.= 2,7 сант., а передн.-задн. = 2 сант.

На	1	сант.	ниже	попереч.	= 2,2	сант., а	передн.-задн.	= 1,5	сант.
›	2	›	›	›	= 2	›	›	= 1,3	›
›	3	›	›	›	= 1,9	›	›	= 1,1	›
›	4	›	›	›	= 2	›	›	= 1,1	›
›	5	›	›	›	= 2.3	›	›	= 1,2	›
›	6	›	›	›	= 2.5	›	›	= 1,3	›
›	7	›	›	›	= 2,6	›	›	= 1.5	›
›	8	›	›	›	= 2.7	›	›	= 1.5	›

Средній попереч. діам.=2,7 сант., а передн.-задн.=2 сант.

На	9	сант.	ниже попереч.	= 2,8	сант.,	а передн.-задн.	= 1,6	сант.
»	10	»	»	= 2,8	»	»	= 1,7	»
»	11	»	»	= 2,7	»	»	= 1,8	»
»	12	»	»	= 2,6	»	»	= 2	»
»	13	»	»	= 2,8	»	»	= 2	»
»	13½	»	»	= 2,7	»	»	= 2	»
»	14	»	»	= 3	»	»	= 2,3	»
»	15	»	»	= 3,2	»	»	= 2,3	»
»	16	»	»	= 3,3	»	»	= 2,4	»
»	17	»	»	= 3,5	»	»	= 2,3	»
»	18	»	»	= 3,4	»	»	= 2,2	»
»	19	»	»	= 3,3	»	»	= 2,1	»
»	20	»	»	= 3	»	»	= 2,2	»
»	21	»	»	= 2,9	»	»	= 2,5	»
»	22	»	»	= 2,8	»	»	= 2,7	»
»	23	»	»	= 2,7	»	»	= 2,6	»
»	24	»	»	= 3	»	»	= 3	»
»	25	»	»	= 2,3	»	»	= 3,2	»
»	26	»	»	= 1,8	»	»	= 3,6	»

Рис. № 8. Наливаніе чрезъ желудокъ при горизонтальномъ положеніи трупа.

Средній попереч. діам. = 2,3 сант, а передне-зад. = 1,9 сант.

Длина пищевода = 25 сант.

При началѣ пищевода попер. = 1,9 сант., а передне-задн. = 1,4 сант.

	На	1	сант.	ниже попереч.	= 2,5	сант.,	а передне-задн.	= 1,8	сант.
	»	2	»	»	= 2,3	»	»	= 1,8	»
	»	3	»	»	= 2,1	»	»	= 1,8	»
	»	4	»	»	= 2,2	»	»	= 1,8	»
	»	5	»	»	= 2,3	»	»	= 1,8	»
	»	6	»	»	= 2,4	»	»	= 1,7	»
	»	7	»	»	= 2,5	»	»	= 1,7	»
	»	8	»	»	= 2,3	»	»	= 1,6	»
	»	9	»	»	= 2,	»	»	= 1,5	»
	»	10	»	»	= 2	»	»	= 1,5	»
	»	11	»	»	= 2,1	»	»	= 1,5	»
	»	12	»	»	= 2,1	»	»	= 1,5	»
	»	13	»	»	= 2,1	»	»	= 1,6	»
	»	14	»	»	= 2,1	»	»	= 1,8	»
	»	15	»	»	= 2	»	»	= 1,7	»
	»	16	»	»	= 2,1	»	»	= 1,7	»
	»	17	»	»	= 2,2	»	»	= 1,8	»
	»	18	»	»	= 2,1	»	»	= 1,8	»
	»	19	»	»	= 2,1	»	»	= 2	»
	»	20	»	»	= 2,1	»	»	= 2,1	»
	»	21	»	»	= 2,1	»	»	= 2	»
вх. въ діаф.—	»	22	»	»	= 2	»	»	= 2	»
	»	23	»	»	= 2,5	»	»	= 2,3	»
	»	24	»	»	= 3,1	»	»	= 3,1	»
cardia —	»	25	»	»	= 3,6	»	»	= 3,7	»

Рис. № 9. Наливаніе чрезъ желудокъ при горизонтальномъ положеніи трупа.

Длина пищевода = 24,5 сант.

При началѣ пищевода попер. = 2,5 сант., а передне-задн. = 1,9 сант.

На	1	сант.	ниже попереч.	= 2,6	сант.,	а передне-задн.	= 2	сант.
›	2	›	›	= 2,6	›	›	= 2	›
›	3	›	›	= 2,5	›	›	= 1,8	›
›	4	›	«	= 2,5	›	›	= 1,9	›
›	5	›	›	= 2,5	›	›	= 2	›
›	6	›	›	= 2,5	›	›	= 2	›
›	7	»	›	= 2,4	›	›	= 1,9	›
›	8	›	›	= 2,4	›	›	= 1,9	›
›	9	›	›	= 2,5	›	›	= 1,8	›
›	10	›	›	= 2,5	›	›	= 1,8	›
›	11	›	›	= 2,7	›	›	= 2	›
›	12	›	›	= 2,8	›	›	= 2,4	›
›	13	›	›	= 3	›	›	= 2,5	›
›	14	›	›	= 3,4	›	›	= 2,6	›
›	15	›	›	= 3,4	›	›	= 2,6	›
›	16	›	›	= 3,5	›	›	= 2,6	›
›	17	›	›	= 3,4	›	›	= 2,5	›
›	18	›	›	= 3,3	›	›	= 2,4	›
›	19	›	›	= 3,2	›	›	= 2,5	›
›	20	›	›	= 3,2	›	›	= 2,6	›
›	21	›	›	= 3,1	›	›	= 2,6	›
›	22	›	›	= 2,9	›	›	= 2,4	›
›	22½	›	›	= 2,6	›	›	= 2,4	›
›	23	›	›	= 2,8	›	›	= 2,8	›
›	24	›	›	= 3,3	›	›	= 3,2	›
›	24½	›	›	= 4,3	›	›	= 3,6	›

Средній попереч. діам. = 2,7 сант.; а передне-задн. = 2,3 сант.

Рис. № 10. Наливаніе чрезъ желудокъ при горизонтальномъ положеніи трупа.

Длина пищевода = 25½ сант.

При началѣ пищевода попереч. = 2,8 сант., а передне-задн. = 1,5 сант.

На	1	сант.	ниже попереч.	= 2,8	сант.,	а передне-задн.	= 1,4	сант.
›	2	›	›	= 2,6	›	›	= 1,4	›
›	3	›	›	= 2,3	›	›	= 1,3	›
›	4	›	›	= 2,2	›	›	= 1,3	›
›	5	»	›	= 2,3	›	›	= 1,4	›
›	6	›	›	= 2,2	›	›	= 1,6	›
›	7	›	›	= 2,3	›	›	= 1,6	›
›	8	›	›	= 2,3	›	»	= 1,6	›
»	9	›	›	= 2,2	›	›	= 1,6	›
»	10	›	›	= 2,1	›	›	= 1,5	›
»	11	›	›	= 2,2	›	›	= 1,6	›
›	12	›	›	= 2,2	›	›	= 1,6	›
›	13	›	›	= 2,2	›	›	= 1,7	›
›	14	›	›	= 2,3	›	›	= 1,9	›
»	15	›	›	= 2,4	›	›	= 2	›

Средній попереч. діам. = 2,4 сант., а передне-задн. = 1,8 сант.

Средній попереч. діам.=2,4 сант., а передне-задн.=1,8 сант.	На 16	сант.	ниже	попереч.	=2,4	сант., а	передн.-задн.	=1,9 сант.
	» 17	»	»	»	=2,3	»	»	=1,9 »
	» 18	»	»	»	=2,2	»	»	=1,9 »
	» 19	»	»	»	=2,2	»	»	=2 »
	» 20	»	»	»	=2,2	»	»	=2 »
	» 21	»	»	»	=2,3	»	»	=2 »
	» 22	»	»	»	=2,3	»	»	=2 »
	» 23	»	»	»	=2,4	»	»	=2,2 »
	» 24	»	»	»	=2,7	»	»	=2,4 »
	» 25	»	»	»	=2,7	»	»	=2,4 »
	» 25½	»	»	»	=2,6	»	»	=2,2 » (cardia).

И такъ общій попер. діам. умѣренно растянутаго пищевода=2,5 сант., а передне-задн.=2,15 сант.

Изъ этихъ таблицъ ясно видно, что пищеводъ какъ въ сокращенномъ состояніи, такъ и въ растянутомъ представляется въ верхней своей части отъ своего начала до нижней границы раздвоенія дыхательной трубки сплюснутымъ спереди назадъ, т. е. что его передне-задній размѣръ меньше поперечнаго. Но ниже перекреста съ лѣвымъ бронхомъ до своего окончанія онъ болѣе цилиндриченъ, т. е. что какъ передне-задній размѣръ его, такъ и поперечный почти одинаковы. Далѣе на всемъ протяженіи онъ имѣетъ почти одинаковые діаметры и только на мѣстахъ соприкосновенія съ неподатливыми органами онъ нѣсколько съуженъ, поэтому рѣзче всего выражено съуженіе при началѣ пищевода, въ среднемъ выводѣ равное=2,3 сант. въ попер. діам. и 1,6 сант. въ передне-задн., а въ сокращенномъ состояніи попер. діам. при его началѣ=1,65 сант., передне-задн.-же=0,65 сант. Менѣе рѣзко съуженіе пищевода находится на уровнѣ перекреста съ лѣвымъ бронхомъ, гдѣ поперечный діаметръ его въ общемъ выводѣ=2,3 сант., а передне-задн.=1,9 сант., но въ сокращенномъ состояніи попер. діам. его=1,8 сант., а передне-задній=0,8 сант.; на уровнѣ дуги аорты попер. діам. пищевода въ общемъ выводѣ=2,4 сант., а передне-задн.=1,9 сант. Далѣе внизъ послѣ перекреста съ лѣвымъ бронхомъ діам. пищевода увеличиваются до 3 сант., но при вступленіи его въ пищеводный каналъ грудобрюшной преграды на уровнѣ верхняго его отверстія онъ снова представляетъ небольшое съуженіе и на гипсовыхъ слѣпкахъ здѣсь существуетъ кольцевидный перехватъ съ попер. діам. въ общемъ выводѣ=2,5 сант., а передне-задн.=2,4 сант. При дальнѣйшемъ ходѣ пищевода внизъ по каналу грудобрюшной преграды, онъ постепенно воронкообразно расширяется и впадаетъ въ желудокъ, но на распилахъ замороженныхъ труповъ діафрагматическая часть пищевода представляется въ видѣ совершенно сокращеннаго круглаго шнура съ діам.=1,5 сант., и вводя палецъ въ эту часть его «или снизу вверхъ изъ желудка, или же наоборотъ сверху внизъ» [1]), можно на каждомъ трупѣ ясно убѣдиться, что эта часть пищевода съужена.

Вслѣдствіе какихъ причинъ пищеводъ въ извѣстныхъ мѣстахъ представляется съуженнымъ? Опредѣленнаго отвѣта на этотъ вопросъ у авторовъ я не могъ найти, кромѣ диссертаціи Mouton'а [2]), который говоритъ, что съуженіе пищевода въ верхнемъ

---

[1]) Follin,—l. c., p. 7.

[2]) Mouton,—l. c., p. 27.

концѣ главнымъ образомъ зависитъ отъ истиннаго природнаго уменьшенія діам. пищевой трубки на этомъ уровнѣ, а на второмъ планѣ—отъ мышечнаго сокращенія. Второе съуженіе, соотвѣтствующее мѣсту перекрещиванія пищевода съ аортой, онъ считаетъ остаткомъ эмбріональнаго состоянія; здѣсь, по его мнѣнію, соприкасаются эмбріональные глоточный и желудочный слѣпые мѣшки и отсюда выводитъ то заключеніе, что врожденныя съуженія пищевой трубки должны обыкновенно быть на уровнѣ соединенія верхней трети съ двумя нижними третями пищевода, т. е. на разстояніи около 8 сант. отъ начала его. Что-же касается нижняго съуженія пищевода, то оно всецѣло зависитъ отъ сжатія мускульными волокнами грудобрюшной преграды, ограничивающими пищеводный каналъ, поэтому, когда пищеводъ освобождается отъ діафрагмы, или же когда она поднимается вверхъ, то это суженіе исчезаетъ.

На основаніи своихъ изслѣдованій я нѣсколько иначе смотрю на форму пищевода чѣмъ Mouton. Я не могу согласиться съ мнѣніемъ этого автора, чтобы верхнее и второе съуженія пищевода зависѣли отъ стѣнокъ его, которыя въ этихъ мѣстахъ образуютъ съуженія. Если мы вспомнимъ анатомическое положеніе начала пищевода, расположенное позади перстневиднаго хряща на передней поверхности позвоночнаго столба между крѣпкими фасціальными отростками, составляющими продолженіе предпозвоночной фасціи къ влагалищу сосудовъ шеи, то становится совершенно понятнымъ ограниченіе растяженія начала пищевода. Что же касается до участія въ этомъ съуженіи мускульной системы, о которомъ трактуетъ Mouton, то она въ началѣ пищевода на столько слаба, что никоимъ образомъ не можетъ играть никакой роли. Съ другой стороны, размѣры гипсовыхъ слѣпковъ намъ ясно показываютъ, что верхнее съуженіе пищевода исключительно зависитъ отъ того, что эта часть лежитъ среди неподатливыхъ органовъ, которые позволяютъ ей растягиваться только въ извѣстномъ направленіи и въ ограниченныхъ предѣлахъ.

Второе съуженіе пищевода на уровнѣ дуги аорты на моихъ гипсовыхъ слѣпкахъ получилось незначительнымъ и зависѣло отъ вдавленія одной только стѣнки пищевода дугой аорты, и ни на одномъ слѣпкѣ я не получилъ ничего сколько нибудь напоминающее круговое съуженіе какъ остатокъ эмбріональнаго развитія. Кромѣ того, пороки развитія пищевода нисколько не указываютъ точно того мѣста, гдѣ соприкасаются эмбріональные глоточный и желудочный слѣпые мѣшки. На основаніи описаній ихъ одно только можно сказать, что это соприкосновеніе происходитъ на пространствѣ отъ начала пищевода до нижней границы раздвоенія дыхательной трубки (Mondière [1]), Follin [2]), Кенигъ [3]), Клебсъ [4]), Лабульбенъ [5]), Рокитанскій [6]), Lamb [7]), Johnson [8] etc.)

[1]) Mondière,—Arch. génér. de méd. T. XXV, 1833.

[2]) Follin, l. c., p. 37—43.

[3]) Кенигъ,—Болѣзни пищевода. Отд. 45 Хирургіи Бильрота и Люкке, Рус. пер. 1881, стр. 28—33.

[4]) Клебсъ,—Руководство къ Патологической Анатоміи Рус. пер. 1871, Вып. 1-й, стр. 113—114.

[5]) Лабульбенъ,—Новые элементы Патологической Анатоміи, Рус. пер. Вып. 1-й, 1879, стр. 149—150.

[6]) Рокитанскій,—Руководство къ частной Патол. Анатоміи. Рус. пер. 1857. Ч. II, стр. 179.

[7]) Lamb,—Phil. med. Times. Auh. 9. 1873. Congenitale Fistel d. Oesophag. Virchow—Hirsch, 1873, II. Bd., 2 Abth. p. 486.

[8]) Johnson, l. c., p. 758—761.

Что же касается до прирожденныхъ съуженій пищевода, то 1) существованіе ихъ еще не доказано вскрытіями дѣтскихъ труповъ и 2) по описанію Ценкера и Цимссена [1]), которые приводятъ три (2 изъ литературы и 1 случай Ценкера) исторіи болѣзни взрослыхъ людей, страдавшихъ съ дѣтства затрудненіемъ глотанія, съуженія находились въ началѣ пищевода. Вообще, несмотря на самые тщательные поиски въ литературѣ, я не могу сказать, почему d-r Mouton объясняетъ такое незначительное съуженіе пищевода на уровнѣ дуги аорты остаткомъ эмбріональнаго развитія. Гораздо большее съуженіе пищевода, по моимъ изслѣдованіямъ, совершенно согласнымъ съ изслѣдованіями Luschka [2]), существуетъ на мѣстѣ перекреста съ лѣвымъ бронхомъ, гдѣ на каждомъ изъ моихъ слѣпковъ существуетъ борозда отъ сдавленія пищевода бронхомъ и она занимаетъ одну только стѣнку его, обращенную къ бронху. Кромѣ того, вся часть пищевода, отъ начала его до нижней границы раздвоенія дыхательной трубки, сплющена спереди назадъ; это зависитъ опять таки отъ анатомическаго положенія этой части пищевода, лежащей между позвоночникомъ и дыхательной трубкой,—частями неподатливыми. Ниже раздвоенія дыхательной трубки пищеводу ничто не мѣшаетъ свободно растягиваться, и въ этой части онъ имѣетъ самые широкіе размѣры, что также признаютъ всѣ авторы, но при вступленіи въ каналъ грудобрюшной преграды онъ снова представляетъ кольцевидное съуженіе, которое зависитъ отъ нижеописанной межплевральной связки, ограничивающей растяжимость верхняго отверстія пищеводнаго канала діафрагмы. Ниже этого кольцевиднаго съуженія пищеводъ при растяженіи постепенно воронкообразно расширяется и переходитъ безъ рѣзкихъ границъ въ желудокъ; но безъ растяженія эта часть представляетъ съуженіе, которое всецѣло зависитъ отъ сжатія мускульными волокнами грудобрюшной преграды, ограничивающими пищеводный каналъ. Такимъ образомъ съуженія пищевода исключительно зависятъ отъ неподатливыхъ органовъ, съ которыми онъ на своемъ пути тѣсно соприкасается. На калибръ верхней части пищевода имѣетъ огромное вліяніе положеніе головы, что замѣтилъ и прекрасно доказалъ еще Follin [3]) въ своей диссертаціи, гдѣ онъ говоритъ: «если на трупѣ придаютъ головѣ сильно запрокинутое положеніе, то замѣчаютъ, что шейная область образуетъ кривизну, верхушка которой соотвѣтствуетъ уровню 5 и 6 шейныхъ позвонковъ; верхнее отверстіе пищевода также соотвѣствуетъ верхушкѣ этой кривизны и если теперь, удерживая трупъ въ этомъ положеніи, стараются проникнуть концомъ указательнаго пальца въ верхнее отверстіе пищевода, то находятъ его сильно сжатымъ, зондъ, введенный черезъ ротъ, тогда только съ трудомъ проникаетъ въ этотъ проходъ и имѣетъ большую наклонность войти въ гортань». Въ справедливости этого мы много разъ убѣждались какъ на трупахъ, такъ и въ клиникѣ на живыхъ во время катетеризаціи пищевода и одинъ разъ при резекціи нижней челюсти, гдѣ легко было ввести указательный палецъ въ начало пищевода, причемъ во время качательныхъ движеній головы въ передне-заднемъ направленіи мы ясно ощущали сжатіе и подниманіе верхняго отверстія пищевода при

[1]) Ценкеръ и Цимссенъ,—Болѣзни пищевода, Рус. пер., 1880, стр 16—17.

[2]) Luschka,—Die spindelförmige Erweiterung der Speiseröhre. Virchow's Archiv. Bd. 42., 1868, S. 474.

[3]) Follin,—l. c. p. 8.

экстензіи головы и опусканіе съ разслабленіемъ при флексіи. Точно также, если больному ввести въ пищеводъ зондъ изъ китоваго уса съ оливой и потомъ придать головѣ сильно разогнутое положеніе, то при извлеченіи зонда на уровнѣ перстневиднаго хряща, встрѣчается замѣтное препятствіе, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ настолько сильное, что невозможно бываетъ его извлечь безъ приведенія головы въ согнутое положеніе. Вслѣдствіе тѣхъ же причинъ очень трудно вводить въ пищеводъ зондъ при сильно запрокинутомъ положеніи головы назадъ. По этимъ-же причинамъ и глотаніе гораздо свободнѣе при согнутой головѣ. Объ этомъ подробно мы будемъ говорить ниже.

7. *Описаніе пищевода у живаго субъекта.* До сихъ поръ мы описывали пищеводъ такимъ, какъ мы видимъ его на трупѣ, но у живаго онъ представляетъ нѣкоторыя особенности. Въ живомъ состояніи онъ обладаетъ очень большою упругостью, вслѣдствіе чего легко можетъ быть значительно растянутъ въ продольномъ и поперечномъ направленіяхъ, но онъ точно также легко «даже и послѣ смерти снова сокращается до прежней своей длины и ширины» [1]). Но насколько большое растяженіе можетъ перенести пищеводъ, не теряя своей функціональной способности, едва-ли точно можно опредѣлить, но только объ этомъ можно приблизительно судить по вышеприведеннымъ таблицамъ размѣровъ калибра его и по величинѣ твердыхъ кусковъ, которые могутъ быть проглочены безъ большихъ затрудненій [2]). Конечно, эта способность къ растяженію индивидуально различна, но на основаніи своихъ изслѣдованій я думаю, что я вправѣ утверждать, что для взрослаго человѣка возможно проглатываніе безъ особенно большихъ затрудненій куска, имѣющаго толщину въ 2 сант. Точно также при растяженіи просвѣта пищевода зондами и катетерами его смѣло можно растягивать до двухъ сант., нисколько не боясь какихъ либо непріятныхъ послѣдствій, что согласно со всѣми авторами и одинъ только Mouton [3]) утверждаетъ, что растяженіе пищевода можно доводить только до 18 mm. Проф. Stoerk [4]) свободно вводитъ въ пищеводъ изобрѣтенный имъ эзофагоскопъ, имѣющій 2 сант. въ діаметрѣ. Затѣмъ на пищеводъ вліяетъ функціональное его отравленіе тѣмъ, что при каждомъ глотательномъ движеніи происходитъ поднятіе верхней части его вмѣстѣ съ гортанью, подобно тому какъ это происходитъ при экстензіи головы; изъ этого Nelaton сдѣлалъ важный признакъ, о которомъ мы скажемъ впослѣдствіи.

Въ грудной полости, по изслѣдованіямъ Mikulicz'a [5]), на пищеводъ имѣетъ огромное вліяніе дыхательныя движенія, сердечныя сокращенія и аорта. Этому автору удалось помощію изобрѣтеннаго имъ эзофагоскопа (Baratoux [6]) доказываетъ, что Miculicz только усовершенствовалъ и примѣнилъ на практикѣ полископъ Trouvé) освѣтить и изслѣдо-

---

[1]) Sömmerring,—l. c., s. 220, § 123.

[2]) Pansch,—l. c., s. 175.

[3]) Mouton,—l. c., p. 25 и 27.

[4]) Astier,—De l'examen de l'oesophage à l'aide du miroir laryngoscopique. Le progrès m[é]dical. 1881. t, IX. Paris. p. 336—337.

[5]) Mikulicz,—Ueber Gastroskopie und Oesophagoskopie. Wien, 1881. Separatabdruck aus d[er] «Wiener Medizinischen Presse». 1881. №№ 45—52.

[6]) Baratoux,—De l'oesophagoscopie et de la gastroscopie, Paris. 1882. Publié dans la Revu[e] Mensuelle de laryngologie, d'otologie et de Rhynologie.

вать пищеводъ у живыхъ людей. Послѣ многихъ изслѣдованій онъ пришелъ къ слѣдующимъ результатамъ:

1) Видъ слизистой оболочки пищевода во всѣхъ его частяхъ одинъ и тотъ же. Она, согласно наблюденіямъ Störk'а, вездѣ равномѣрнаго блѣдно-краснаго цвѣта и мѣстами пронизана тонкими сосудами. Поверхность ея влажна и обыкновенно совершенно гладкая и безъ продольныхъ складокъ, какъ это можно бы ожидать apriori.

2) Входъ въ пищеводъ вполнѣ закрытъ нижнимъ сжимателемъ глотки, который дѣйствуетъ какъ сфинктеръ; идя далѣе книзу, пищеводъ находятъ на всемъ протяженіи его шейной части закрытымъ, стѣнки его прилегаютъ другъ къ другу и раздвигаются въ видѣ воронки только на столько, насколько ихъ раздѣляетъ инструментъ. Это спаденіе кажется независитъ отъ сокращенія мышцъ, такъ какъ инструментъ при введеніи не встрѣчаетъ никакого замѣтнаго сопротивленія, но получается впечатлѣніе какъ будто стѣнки шейной части пищевода прилегаютъ другъ къ другу только вслѣдствіе давленія окружающихъ частей, конечно главнымъ образомъ отъ дыхательной трубки. Но лишь только инструментъ достигаетъ грудной части его, картина совершенно измѣняется; на всемъ протяженіи грудной части, т. е. отъ уровня incisurae jugularis manubrii до самой кардіи пищеводъ представляетъ совершенно открытый каналъ, вѣроятно содержащій воздухъ. Иногда удается видѣть весь пищеводъ сразу съ уровня manubrii до самой кардіи. Это Mikulicz объясняетъ отрицательнымъ давленіемъ грудной полости, которое при выдыханіи уменьшается, напротивъ при вдыханіи увеличивается и при усиленномъ выдыханіи, напр. при крикѣ и т. д., можетъ на короткое время даже уничтожится.

3) Стѣнка пищевода не бываетъ въ покоѣ, но постоянно производитъ движенія. Эти движенія троякаго рода: первыя—пульзаторныя, зависятъ отчасти отъ аорты, а отчасти отъ сердца и лучше всего замѣтны на передней стѣнкѣ того отдѣла пищевода, который прилегаетъ къ сердцу. Вторыя—респираторныя,—зависятъ отъ дыхательныхъ движеній, причемъ при вдыханіи пищеводъ немного расширяется, а при выдыханіи немного съуживается, но эти движенія не рѣзко замѣтны и во время выдыханія вполнѣ онъ никогда не закрывается. Третьяго рода—перистальтическія движенія, существуютъ или въ видѣ легкихъ сократительныхъ волнъ, или въ видѣ полныхъ сокращеній, наступающихъ при глотательныхъ или рвотныхъ движеніяхъ.

4) Переходъ пищевода въ кардію при нормальныхъ условіяхъ всегда кажется совершенно открытымъ и здѣсь не существуетъ никакого сфинктероподобнаго запиранія.

5) Наконецъ нужно еще упомянуть о томъ, что при извѣстномъ положеніи весь инструментъ приводится аортой въ пульсирующее движеніе, однако эти движенія являются въ видѣ боковыхъ толчковъ. Но хотя Mikulicz и нашелъ переходъ пищевода въ кардію всегда открытымъ, однако несомнѣнно діафрагма имѣетъ огромное вліяніе на эту часть и еще Sömmerring[1]) замѣтилъ, что пищеводъ окруженъ крѣпчайшими мышечными пучками діафрагмы въ видѣ эллиптическаго сильнаго сфинктера, который при вдыханіи запираетъ пищеводъ такъ плотно, что ни пища, ни воздухъ не могутъ выйти обратно изъ желудка. То же самое признаютъ всѣ анатомы и хи-

---

[1]) Sömmerring,—l. c., s. 221, § 126.

рурги, а Гиртль [1]) кромѣ того доказываетъ вліяніе діафрагмы на пищеводъ еще и тѣмъ обстоятельствомъ, «что мы, желая изъ приличія остановить отрыжку, можемъ воздержаться отъ нея посредствомъ глубокаго вдыханія». Rouget [2]) показалъ, что мышечныя волокна діафрагмы образуютъ для пищевода сфинктеръ, посредствомъ котораго по произволу можно противиться дѣйствію сжимающихъ мускуловъ, которые стараются удалить содержимое желудка. Malgaigne [3]) свидѣтельствуетъ, что нижняя часть пищевода можетъ быть сжата и какъ бы задушена при спазмѣ діафрагмы и Sénac [4]) на трупѣ человѣка, умершаго тотчасъ послѣ того, какъ онъ плотно поѣлъ, нашелъ весь пищеводъ наполненнымъ до начала желудка, который былъ пустъ, также какъ и кишки. Также Pétrequin [5]) при спазмѣ пищевода часто наблюдалъ, что глотаніе значительно облегчается повторными глубокими вдыханіями, которыя прерываютъ контрактуру мускула. Такимъ образомъ всѣ эти соображенія заставляютъ признать, что діафрагма у живаго субъекта несомнѣнно сжимаетъ нижнюю часть пищевода. Что же касается до того, что грудная часть пищевода по изслѣдованіямъ Miculicz'а, вслѣдствіе отрицательнаго давленія грудной полости, представляется открытой, то это весьма вѣроятно на основаніи слѣдующаго опыта: если мы возьмемъ трупъ, у котораго перкуссія груди показываетъ намъ, что легкія свободны, положимъ его въ спинномъ положеніи на столъ, введемъ полый зондъ въ грудную часть пищевода и въ то время какъ помощники производятъ искусственное дыханіе, пламя свѣчи, поднесенное къ наружному отверстію зонда, весьма часто указываетъ на ритмическое колебаніе воздуха въ трубкѣ, синхроничное съ дыхательными движеніями. Кромѣ того, на всѣхъ моихъ распилахъ замороженныхъ труповъ я нашелъ, что грудная часть пищевода представлялась то болѣе, то менѣе открытой, но діафрагматическая часть находилась въ сокращенномъ состояніи и представлялась въ видѣ круглаго шнура. Только иногда пищеводъ на мѣстѣ перекреста съ лѣвымъ бронхомъ сплющенъ спереди назадъ и просвѣта не имѣетъ. Вся шейная часть всегда находилась сплюснутой. Раньше я говорилъ, что на границы пищевода и его длину на трупѣ имѣетъ большое вліяніе степень наполненія желудка; имѣетъ ли это вліяніе у живаго субьекта? При нормальныхъ условіяхъ, я думаю, что нѣтъ, такъ какъ этому препятствуетъ тонусъ живыхъ тканей, ихъ эластичность и внутрибрюшное давленіе; но другое дѣло при болѣзненномъ расширеніи желудка, когда онъ растягивается на столько, что нижняя его граница спускается до пупка и даже ниже и вмѣщаетъ въ себѣ огромное количество жидкости; при этомъ условіи тяжесть содержимаго желудка несомнѣнно вліяетъ на пищеводъ и это вліяніе усиливается при вертикальномъ положеніи субъекта. Напротивъ

---

[1]) Гиртль,—Руководство къ топографической Анатоміи, 1860 г. ч. I, стр. 516. Рус. пер.

[2]) Rouget,—Le diaphragme chez les mammifères etc. Comptes rendus des séances et mémoires de la societé de biologie, Paris (1851) t. III, 1852, p. 165—187.

[3]) Malgaigne,—Traité d'Anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale, Paris, 1859. t. II. p. 194.

[4]) Sénac,—Mémoire sur le diaphragme. Acad. des Sciences, 1729. см. Malgaigne, p. 194. и Pétrequin, p. 258.

[5]) Pétrequin,—Traité d'Anatomie topographique médico-chirurgicale, Paris. 1857, deuxième édition, p. 258.

того при сильномъ метеоризмѣ, когда кишки и желудокъ сильно раздуты газами и діафрагма поднимается вверхъ даже до 4 ребра, пищеводъ измѣняется въ томъ отношеніи, что его нижняя граница поднимается иногда до 8-го груднаго позвонка и нормальныя кривизны его сильно увеличиваются. Въ этомъ я убѣдился на трупахъ съ сильно вздутымъ отъ гнилости животомъ, причемъ для препарированія пищевода я вскрывалъ только одну грудную полость спереди. Во всякомъ случаѣ при катетеризаціи пищевода между прочимъ нужно обращать вниманіе и на ненормально повышенное внутрибрюшное давленіе отъ чего бы оно не зависѣло (опухоль, брюшная водянка и т. д.).

8. *Отношенія пищевода.*—Смотря по области, которую занимаетъ пищеводъ, отношенія его къ окружающимъ органамъ различны; точное знаніе этихъ отношеній имѣетъ огромную важность для правильнаго распознаванія извѣстныхъ патологическихъ процессовъ. Мы разсмотримъ послѣдовательно каждую изъ трехъ частей его.

А. *Шейная часть. Спереди* шейной части пищевода лежитъ перепончатая часть дыхательной трубки, съ которой онъ довольно тѣсно связанъ плотной коротковолокнистой тканью, но связь эта чѣмъ ниже, тѣмъ становится рыхлѣе. Ниже пищеводъ, выдаваясь влѣво изъ-за дыхательной трубки, спереди отчасти прикрытъ m. m. sterno—thyroideus et sternomastoideus лѣвой стороны и потомъ тѣломъ щитовидной железы, а глубже вдоль sulcus tracheo—oesophageus по передней стѣнкѣ пищевода поднимается лѣвый возвратный нервъ, который здѣсь неподвижно укрѣпленъ; затѣмъ лѣвая нижняя щитовидная артерія, выходящая изъ truncus thyreo—cervicalis, проходя позади общей сонной артеріи, направляется къ передней поверхности пищевода и поперечно пересѣкаетъ его, описывая дугу выпуклостью вверхъ [1]). *Назади* шейная часть пищевода лежитъ на позвоночникѣ и длинныхъ мышцахъ шеи, отдѣляясь отъ нихъ предпозвоночной фасціей (fascia praevertebralis или по Luschka—fascia nuchae anterior). Эта фасція, начинаясь на нижней поверхности основной части затылочной кости, идетъ внизъ между задней поверхностью глотки, а потомъ пищевода и глубокими мышцами шеи въ видѣ довольно плотнаго листка, имѣющаго пластинчатое строеніе, съ боковъ она гораздо плотнѣе и прикрѣпляется къ поперечнымъ отросткамъ шейныхъ позвонковъ, также имѣетъ плотную связь съ общимъ влагалищемъ большихъ шейныхъ сосудовъ. Съ позвоночникомъ она связана крайне рыхлой, растяжимой, крупно-петлистой и несодержащей жира соединительной тканью и образуетъ ретровисцеральную щель по Henke, которая съуживается при началѣ пищевода. На уровнѣ перстневиднаго хряща и ниже его fascia praevertebralis болѣе тѣсно связана съ висцеральнымъ влагалищемъ, по Sappey [2]) содержащимъ глотку, пищеводъ, гортань, дыхательную трубку и щитовидную железу и на уровнѣ седьмаго шейнаго или перваго груднаго позвонка, вмѣстѣ съ висцеральнымъ влагалищемъ, довольно быстро переходитъ въ совершенно рыхлую, крупно-петлистую ткань, одѣвающую органы задняго средостѣнія. Если на трупѣ вынуть позвоночникъ съ небольшою частью реберъ такъ, чтобы не вскрыть полости плевры, завязать глотку и надувать пищеводъ съ

---

[1]) См. у Пирогова,—l. c., fasc. 1, pag. 140.

[2]) Sappey,—l. c., p. 181. v. II.

*

нижняго конца, то на мѣстѣ перехода fasciae praevertebralis вмѣстѣ съ висцеральнымъ влагалищемъ шеи въ рыхлую ткань, пищеводъ образуетъ глубокій перехватъ, такъ что вся грудная часть пищевода совершенно свободно растягивается вдуваемымъ воздухомъ, но растяженіе шейной части его гораздо ограниченнѣе и это ограниченіе обусловливается натяженіемъ фасціи предпозвоночной совмѣстно съ висцеральнымъ влагалищемъ.

Съ обѣихъ сторонъ пищевода проходятъ a. a. carotides, однако такимъ образомъ, что лѣвая ar. carotis communis, въ силу изгиба пищевода, лежитъ къ нему гораздо ближе правой, такъ что на моихъ поперечныхъ распилахъ замороженныхъ труповъ на уровнѣ 6-го шейнаго позвонка при началѣ пищевода сонныя артеріи съ той и другой стороны отстояли отъ пищевода на разстояніи 1, 2 сант.; на уровнѣ 7-го шейнаго позвонка carotis communis sinistra была на разстояніи 1,2 сант., а carotis dextra—на 1,7 сант.; на уровнѣ же 1-го груднаго позвонка carotis sinistra отстояла на 4 mm., а правая на 1,5 сант.; на уровнѣ 2-го грудн. позвонка carotis sinistra лежала совершенно возлѣ пищевода, а правая отстояла на 2 сант. Щитовидная желѣза своими боковыми долями также касается боковыхъ поверхностей пищевода. Лѣвый возвратный нервъ, какъ сказано выше, идетъ по передней поверхности его, а правый направляется вдоль правой боковой его части, позади дыхательной трубки.

B. *Грудная часть.* Находясь въ заднемъ грудномъ промежуткѣ, эта часть пищевода имѣетъ *впереди* себя заднюю перепончатую стѣнку дыхательной трубки, съ которой довольно тѣсно соединяется; далѣе, на уровнѣ 3-го груднаго позвонка впереди пищевода лежитъ дуга аорты, а на уровнѣ 5-го позвонка чаще начало лѣваго бронха и рѣдко раздвоеніе дыхательной трубки, тотчасъ ниже которой—лимфатическія железы, которыя здѣсь образуютъ клинъ въ 3,5 сант. вышины. Подъ этими железами, на пространствѣ 5 сант., пищеводъ прилегаетъ къ задней поверхности той части сердечной сумки, которая соотвѣтствуетъ лѣвому предсердію и отдѣляется отъ нея тонкимъ слоемъ рыхлой ткани, а непосредственно надъ грудобрюшной преградой—къ жиру, находящемуся позади сердечной сумки. *Назади* грудная часть пищевода сначала приблизительно до 3—4 груднаго позвонка прилегаетъ къ передней поверхности спинной части позвоночнаго столба, отдѣляясь отъ него рыхлой соединительной тканью, но далѣе книзу онъ отдѣляется отъ него груднымъ протокомъ, поднимающимся снизу вверхъ и справа налѣво, потомъ v. azygos, лимфатическими железами и верхнимъ концомъ v. hemiazygos inferior. Послѣ прохода подъ дугой аорты, пищеводъ назади прилегаетъ къ правымъ межреберным артеріямъ, а на уровнѣ 8-го груднаго позвонка ложится впереди нисходящей части аорты и входитъ въ foramen oesophageum грудобрюшной преграды.

Слѣва, при входѣ пищевода въ mediastinum posticum, вдоль него изъ дуги аорты поднимаются общая сонная и подключичная лѣвыя артеріи, но послѣ прохожденія его подъ дугой аорты слѣва отъ пищевода лежитъ нисходящая часть аорты до 7—8 спиннаго позвонка, а ниже лѣвая пластинка mediastini postici и посредственно лѣвое легкое. *Справа* почти по всей своей длинѣ пищеводъ прилегаетъ къ правой стѣнкѣ mediastini postici, а въ верхней части—къ v. azygos. Кромѣ того, во всей своей груд-

ной части пищеводъ окруженъ очень обильной, сочной, рыхлой, крайне растяжимой, широко—петлистой соединительной тканью, позволяющей въ значительной степени смѣщеніе его; она отличается богатствомъ крѣпкихъ эластическихъ волоконъ, образующихъ сѣти и кромѣ того здѣсь заложено большое число лимфатическихъ железъ. Эта рыхлая ткань непосредственно соединяется съ такою же тканью, выполняющею вышеупомянутую ретровисцеральную щель, такъ что. впрыскивая въ эту ткань спереди шейной части позвоночника клеевую массу, какъ это дѣлалъ Henke, вся клѣтчатка, находящаяся позади глотки и вокругъ органовъ задняго груднаго промежутка, совершенно свободно наливалась, а при большемъ давленіи инъекціонная масса проходила въ передній грудной промежутокъ, по нижнимъ щитовиднымъ артеріямъ къ большимъ сосудамъ шеи, въ надключичную, подкрыльцовую области и т. д. Н. И Пироговъ [1]) также говоритъ: «Strata vero cellulosa, quae (in spatio tracheali, intercrureo, in fasca supra claviculari et in vaginis vasorum), lamina tertia quartaque fasciae cervicalis interponuntur cum textu celluloso mediastinorum et axillae libere communicant». Наконецъ пищеводъ сопровождается съ каждой стороны двумя блуждающими нервами—n. n. pneumo-gastrici s. vagi, которые, начинаясь съ мѣста дѣленія дыхательной трубки, приходятъ въ близкое соприкосновеніе съ пищеводомъ, причемъ лѣвый держится болѣе его передней, а правый его задней поверхности. На этомъ протяженіи оба нерва образуютъ большое сплетеніе, оплетающее наружную поверхность пищевода, такъ что во время надуванія его воздухомъ ясно видно, какъ всѣ вѣточки этого нервнаго сплетенія напрягаются и дальнѣйшее растяженіе прохода не можетъ быть безъ нарушенія ихъ цѣлости.

C. *Грудобрюшная и брюшная части.* Дойдя до грудобрюшной преграды, пищеводъ входитъ въ отверстіе ея (foramen oesophageum), чрезъ которое онъ вступаетъ въ брюшную полость и тотчасъ же переходитъ въ устье желудка. Грудобрюшная преграда не представляетъ для пищевода простое отверстіе, но настоящій каналъ, который образованъ внутренними ножками поясничной части грудобрюшной преграды, которые, поднимаясь вверхъ по передней поверхности тѣлъ поясничныхъ позвонковъ, перекрещиваются впереди тѣла перваго поясничнаго позвонка и образуютъ трехугольное отверстіе, назначенное для аорты; послѣ этого перекрещиванія, ножки грудобрюшной преграды расходятся, потомъ снова сходятся и этимъ вторичнымъ перекрещиваніемъ образуютъ впереди и лѣвѣе отверстія аорты другое отверстіе, назначенное для прохожденія пищевода. Такимъ образомъ пищеводный каналъ совершенно состоитъ изъ мышцъ діафрагмы, которые своимъ сокращеніемъ сжимаютъ пищеводъ и образуютъ родъ сфинктера. На трупѣ также мы очень легко убѣждаемся, вводя указательный палецъ изъ желудка въ грудобрюшную часть пищевода, что онъ сжатъ мышечными пучками діафрагмы, образующими пищеводный каналъ. Если мы, вскрывши mediastinum posticum сзади, перерѣжемъ поперекъ аорту на нѣсколько сантиметровъ выше ея входа въ отверстіе грудобрюшной преграды и осторожно отсепарируемъ ее вмѣстѣ съ толстой и плотной ея наружной оболочкой (adventitia) отъ пищевода и мускульныхъ пучковъ грудобрюшной преграды, образующихъ пищеводный каналъ, то

---

[1]) Pirogoff, l. c., fasc. I, pag. 130.

намъ представится особая связка, совершенно неизвѣстная еще въ анатоміи. Эта связка имѣетъ видъ пластинки съ поперечными, плотными, фиброзными волокнами; своею заднею поверхностью прилежитъ къ наружной оболочкѣ аорты, съ которой связана довольно рыхлой тканью, а своею переднею поверхностью лежитъ на задней поверхности перекреста внутреннихъ ножекъ діафрагмы, разграничивающихъ hyatus aorticus отъ foramen oesophageum и соединена такъ плотно съ этой мышечной частью діафрагмы, что съ трудомъ отсепаровывается, однако повидимому мышечныя волокна отъ нея не начинаются. По бокамъ эта связочная пластинка крѣпко прикрѣпляется къ задне-нижнимъ угламъ плевральныхъ мѣшковъ и удерживаетъ ихъ на извѣстномъ разстояніи, не позволяя имъ расходиться. Нижнимъ своимъ краемъ она постепенно переходитъ въ рыхлую соединительную ткань, покрывающую ножки діафрагмы, т. е. въ часть внутригрудной фасціи (fascia endothoracica); но своимъ верхнимъ краемъ эта связка съ одной стороны переходитъ приблизительно на $1^1/_2$—1 сант. выше верхняго края hyatus oesophageus въ рыхлую ткань mediast. pos. и съ другой стороны перегибается чрезъ край перекреста ножекъ діафрагмы и, соединяясь съ околопищеводной клѣтчаткой, сопровождаетъ его въ foramen oesophageum, образуя здѣсь эластическую пластинку, болѣе похожую на серозную оболочку, которая переходитъ книзу въ подбрюшинную ткань и плотно фиксируетъ пищеводъ въ каналѣ діафрагмы. Если нужно дать названіе этой связкѣ, то я бы назвалъ ее lig. interpleurale inferior. Я ее находилъ постоянно на каждомъ трупѣ и развитіе ея подчинено общимъ законамъ развитія фасцій. На трехъ трупахъ съ старымъ плевритомъ я видѣлъ очень сильное утолщеніе этой связки.

По своему строенію она состоитъ изъ поперечныхъ фиброзныхъ и эластичныхъ волоконъ, которыя, соединяясь, вмѣстѣ образуютъ связочную пластинку. Эту связку можно еще разсматривать какъ часть fasciae endothoracicae Luschka, которая въ этомъ мѣстѣ представляетъ значительное уплотнѣніе и утолщеніе, почему и имѣетъ видъ связки. Значеніе этой связки состоитъ въ ограниченіи растяженія пищевода въ данномъ мѣстѣ и верхняго кольца пищеводнаго отверстія діафрагмы; также на каждомъ изъ моихъ слѣпковъ пищевода на этомъ мѣстѣ получался то болѣе, то менѣе глубокій перехватъ. Потомъ эта связка, сливаясь по бокамъ съ плеврой, образующей задне-нижніе углы плевральной полости, удерживаетъ ихъ въ опредѣленномъ отношеніи другъ къ другу.

Какъ сказано выше, что пищеводъ выходитъ чрезъ hyatus oesophageus діафрагмы изъ грудной полости въ брюшную, здѣсь со всѣхъ сторонъ покрывается брюшиной и тотчасъ же оканчивается воронко-образнымъ расширеніемъ, переходя въ желудокъ. Этотъ переходъ спереди соотвѣтствуетъ заднему краю и нижней поверхности лѣвой доли печени, подъ которой онъ находится; назади—ножкамъ діафрагмы, а вправо—lig. gastrohepaticum и слѣва—дну желудка.

Нужно ли признавать существованіе брюшной части пищевода?

Cruveilhier [1]) колеблется признать ее. Johnson [2]) говоритъ: «безъ опусканія же-

[1]) Cruveilhier, l. c., v. II, part. 1, § 3, p. 113.

[2]) Johnson, The cyclopoedia of Anatomy and Physiology. Vol. III, 1839—1847, p. 758—761, oesophagus.

лудка или безъ поднимания діафрагмы эту часть пищевода нельзя видѣть и въ сущности только съ натяжкою можно сказать, что она существуетъ». Mouton [1]) отрицаетъ существованіе брюшной части пищевода, а прочіе авторы обыкновенно описываютъ такъ, что пищеводъ по достиженіи брюшной полости тотчасъ же впадаетъ въ желудокъ. Но, съ другой стороны, всякому извѣстно, что иногда брюшная часть пищевода совершенно ясно выражена и длина ея по Follin [2]) можетъ измѣняться отъ 1 до 4 сант. На всѣхъ моихъ распилахъ замороженныхъ труповъ какъ взрослыхъ, такъ и новорожденнаго ребенка пищеводъ по выходѣ чрезъ hyatus oesophageus діафрагмы изъ грудной полости въ брюшную тотчасъ же впадалъ въ желудокъ и слѣдовательно брюшной части пищевода не существовало; но, съ другой стороны, на сагитальныхъ распилахъ двухъ труповъ, замороженныхъ въ стоячемъ положеніи головою вверхъ, причемъ у одного трупа была огромная печень и довольно большое количество жидкости въ желудкѣ, а другому предварительно мною было введено въ желудокъ чрезъ эластическій зондъ 2 фунта гипсовой кашицы, брюшная часть пищевода у перваго=4 сант., а у втораго=2 сант. Слѣдовательно, брюшная часть пищевода, какъ справедливо признаетъ Cruveilhier [3]), является только вслѣдствіе опущенія желудка и нормально ея не существуетъ.

9.—*Строеніе пищевода.*—Пищеводъ существенно состоитъ изъ двухъ цилиндрическихъ, наслоенныхъ другъ на друга оболочекъ: изъ наружной—мышечной и изъ внутренней—слизистой; эти двѣ оболочки раздѣлены между собою довольно обильнымъ, не содержащимъ жира, клѣточно-фибрознымъ слоемъ. Въ умѣренно-растянутомъ состояніи стѣнка пищевода толщиною въ 2 mm., изъ которыхъ болѣе $^3/_4$ приходится на мышечную оболочку. (Henle [4]), Gillette [5]).

Мышечная оболочка состоитъ изъ наружнаго продольнаго и внутренняго круговаго слоя; изъ нихъ первый толще въ верхнемъ отдѣлѣ, а второй въ нижнемъ. Оба слоя такъ крѣпко соединены между собою, что весьма трудно ихъ раздѣлить ножомъ и только легче препарируются или послѣ мацераціи въ различныхъ жидкостяхъ, или же послѣ погруженія на 2—3 минуты въ кипящую воду. По Luschka [6]) наружный мышечный слой отдѣляется отъ внутренняго «небольшимъ количествомъ лишенной жира клѣтчатой ткани», но Gillette [7]) этотъ промежуточный слой отрицаетъ и говоритъ, что «оба слоя совершенно приклеены одинъ къ другому».

а) *Продольныя волокна* мышечной оболочки пищевода начинаются тремя отдѣлами: средній, самый крѣпкій,—отъ трехсторонней эластической перепонки, называемой французами tendon crico—oesophagien [8]), которая посредствомъ направленной кверху

---

[1]) Mouton, l. c., p. 27.

[2]) Follin, l. c., p. 7.

[3]) Cruveilhier, l. c., p. 113.

[4]) Henle,—Eingeweidelehre. s, 158.

[5]) Gillette,—Description et structure de la tunique musculaire de l'oesophage chez l'homme et chez les animaux.—Journal de l'Anatomie et de la Physiologie normales et pathologiques de l'homme et des animaux. Paris. 1872. p. 623.

[6]) Luschka,—l. c., $^1/_1$, s. 233

[7]) Gillette,—l. c., p. 627.

[8]) Gillette,—l. c., p. 623.

верхушки прикрѣплена къ среднему гребешку задней поверхности кольцевиднаго хряща и которая, становясь книзу шире, спускается по внутреннимъ краямъ m. m. crico—arytenoidei postici; оба боковыя гораздо менѣе выражены и едва заслуживающія названія боковыхъ пучковъ, происходятъ отъ эластическихъ пластинокъ, въ которыхъ оканчиваются m. m. palato-pharyngei. Мясистые пучки средняго отдѣла, вѣерообразно разсыпаясь, проходятъ между нижнимъ краемъ m. laryngo-pharyngei и верхнимъ краемъ слоя круговыхъ волоконъ и распространяются по наружной поверхности этого послѣдняго слоя такимъ образомъ, что одни изъ пучковъ идутъ вертикально по передней и боковой поверхности, а другіе съ обѣихъ сторонъ направляются на заднюю поверхность его. Такое расположеніе волоконъ обусловливаетъ то, что продольный слой не простирается сзади до верхняго края пищевода, но оставляетъ непокрытымъ на протяженіи около трехъ сант. треугольный, расположенный верхушкой книзу сегментъ мышечнаго кругового слоя. Только небольшое количество волоконъ этого отдѣла идутъ по внутренней поверхности слоя круговыхъ волоконъ на небольшомъ протяженіи внизъ по срединѣ передней стѣнки. Напротивъ того, боковые продольные пучки по большей части подходятъ къ внутренней поверхности круговыхъ волоконъ и только нѣкоторыми волокнами присоединяются къ пучкамъ наружной поверхности боковой и задней стѣнки пищевода. Происходя изъ этихъ трехъ мѣстъ въ видѣ мускула, названнаго французами crico-oesophagien [1]), волокна продольнаго слоя собираются въ пучки, изъ которыхъ поверхностные толще, между тѣмъ какъ глубокіе, напротивъ, болѣе тонки; эти пучки, соединяясь между собою, образуютъ цилиндрическое влагалище. По Gillette, [2]) въ верхней части пищевода продольные мышечные пучки менѣе толсты, но болѣе плотно соединены между собою, тогда какъ внизу они толще и болѣе разъединены. Одни изъ нихъ идутъ параллельно, другіе перекрещиваются, иные раздѣляются и, анастомозируя другъ съ другомъ, оставляютъ между собою маленькія косоугольныя пространства, чрезъ которыя проходятъ сосуды и нервы; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ поверхностныя волокна направляются въ глубину и наоборотъ, а нѣкоторые перекрещиваются даже съ волокнами циркулярнаго слоя, такъ что въ нѣкоторыхъ мѣстахъ получается полная запутанность въ ходѣ волоконъ; внизу эти продольные мышечные пучки лучеобразно переходятъ въ стѣнку желудка.

b) Внутренній или *круговой мышечный слой* пищевода отличается отъ предъидущаго болѣе блѣднымъ цвѣтомъ; онъ начинается на уровнѣ нижняго края пластинки перстневиднаго хряща, гдѣ между нимъ и нижнимъ краемъ m. crico-pharyngei беретъ начало слой продольныхъ волоконъ, направляющихся кнаружи, такъ что не можетъ быть и рѣчи о томъ, чтобы слой круговыхъ волоконъ пищевода представлялъ прямое продолженіе нижняго сжимателя глотки. При своемъ началѣ этотъ слой, крайне тонкій и блѣдный, состоитъ изъ отдѣльныхъ круговыхъ волоконъ, существованіе которыхъ вверху и спереди нѣкоторые анатомы даже отрицаютъ. Такъ по Luschka [3]) эти начальныя круговыя волокна спереди еще не замкнуты, но вскорѣ къ нимъ присоединяются вполнѣ круговыя

[1]) Gillette,—l. c., p. 624.
[2]) Gillette,—l. c., p. 625.
[3]) Luschka,—Bd. 1, Abth. 2. S. 332.

волокна, которыя образуютъ непрерывный рядъ колецъ. Напротивъ того Gillette [1]) утверждаетъ, что круговыя волокна существуютъ по всей длинѣ пищевода, но только въ передне-верхней части его они болѣе рѣдки и болѣе разъединены. Этотъ крайне тонкій мышечный слой при своемъ началѣ постепенно книзу утолщается и въ нижней половинѣ пищевода достигаетъ своего maximum толщины, такъ что превышаетъ толщину наружнаго продольнаго слоя (Henle [2]), Luschka [3]). Не нужно думать, что кольцевидныя или циркулярныя волокна внутренняго мышечнаго слоя пищевода правильно положены одни на другіе, подобно, напр., кольцамъ дыхательнаго горла. Напротивъ, внимательное ихъ изслѣдованіе съ внутренней поверхности пищевода, послѣ отсепарованія слизистой и подслизистой ткани, показываетъ, что они состоятъ изъ полныхъ или неполныхъ колецъ, которые то паралельны, то перекрещиваются между собою подъ болѣе или менѣе острыми углами и часто анастомозируютъ между собою, оставляя, какъ и въ наружномъ мышечномъ слоѣ, отверстія для прохожденія сосудовъ и нервовъ. Спиральный ходъ волоконъ внутренняго мышечнаго слоя, описанный Santorini, Lieutaud и Meckel [4]), новѣйшими анатомами отрицается (Sappey [5]), Gillette [6]). По Gillette [7]), верхнія волокна внутренняго слоя пищевода почти всѣ идутъ горизонтально и кажутся продолженіемъ нижняго сжимателя глотки; среднія идутъ болѣе или менѣе косвенно и описываютъ родъ эллипсиса, а нижнія снова дѣлаются поперечными къ оси пищевода, наконецъ самыя нижнія волокна перестаютъ быть горизонтальными и снова начинаютъ наклоняться болѣе и болѣе, перекрѣщиваются между собою подъ острыми углами и сливаются съ двумя внутренними мышечными слоями желудка. Иногда эти мускульныя кольца образуютъ выпуклости внутри прохода и «donnent lieu alors à un oesophage à colonnes».

Съ гистологической точки зрѣнія [8]), мускулатура пищевода состоитъ меньшею своею частью изъ поперечно полосатыхъ волоконъ и большею—изъ гладкихъ. Мѣсто, на которомъ происходитъ перемѣна мускулатуры по Sappey и Johnson представляетъ индивидуальное разнообразіе; она совершается постепенно и не обозначается ни перемѣной окраски, ни порядкомъ расположенія волоконъ; она можетъ быть найдена только при помощи микроскопа. Въ шейной части пищевода мускулатура состоитъ исключительно изъ поперечно-исчерченныхъ волоконъ (Henle, Luschka, Gillette, etc). Но въ верхней части груди среди пучковъ поперечно-исчерченныхъ волоконъ начинаютъ появляться гладкія волокна, которыя далѣе книзу постепенно берутъ перевѣсъ и наконецъ совершенно вытѣсняютъ поперечно-полосатыя волокна, такъ что нижняя часть пищевода состоитъ только изъ гладкихъ волоконъ. По изслѣдованіямъ Welcker и Schweigger—

---

[1]) Gillette,—l. c., p. 626.

[2]) Henle,—Eingeweidelehre, S. 159.

[3]) Luschka,—$^1/_2$, S. 333. и Virchow's Archiv. Bd. 42, 1868, S. 475. «Die Spindelförmige Erweiterung der Speiseröhre».

[4]) Meckel,—Eingeweidelehre. S. 248.

[5]) Sappey,—l. c., v. IV, p. 154.

[6]) Gillette,—l. c,, p. 626.

[7]) Gillette,—l. c., p. 626—627.

[8]) Спеціальную литературу объ этомъ предметѣ см. у Henle,—Eingeweidelehre, S. 161, въ примѣчаніи. куда я еще прибавлю Gillette, l. c., p. 631—634.

Seidel [1]) верхняя четверть пищевода исключительно состоитъ изъ поперечно-полосатыхъ волоконъ; во второй четверти происходитъ постепенная замѣна поперечно-полосатыхъ волоконъ гладкими, а въ остальныхъ двухъ четвертяхъ мускулатура пищевода состоитъ исключительно изъ гладкихъ волоконъ. Кромѣ того, гладкая мускулатура раньше всего появляется въ круговомъ слоѣ, а въ продольномъ она раньше появляется на передней поверхности пищевода, а именно въ верхнемъ отдѣлѣ второй четверти, между тѣмъ какъ на задней поверхности и особенно на боковыхъ краяхъ поперечно-полосатая мускулатура распространяется далѣе всего книзу,—до нижняго отдѣла второй четверти. То же самое мы находимъ у Treitz [2]), Klein [3]) и Gillette [4]).

Добавочныя мышечныя волокна. Мускулатура пищевода на различныхъ мѣстахъ получаетъ многіе подкрѣпляющіе пучки съ сосѣднихъ органовъ, чрезъ что усиливаются продольныя и частью круговыя волокна его. Эти пучки никогда не представляютъ постоянства и правильности, однако на извѣстныхъ мѣстахъ они существуютъ до того постоянно, что послужили поводомъ къ описанію самостоятельныхъ мышцъ. Большею частью они блѣдны, очень коротки, сплющены и часто трудно различаемы невооруженнымъ глазомъ среди соединительной ткани, которая окружаетъ пищеводъ и которая иногда имъ образуетъ клѣточное влагалище; чаще всего требуется употребленіе микроскопа, чтобы видѣть дѣйствительно мускульное ихъ строеніе. Эти добавочныя мышечныя волокна по Henle [5]) служатъ для того, чтобы защищать артеріи отъ давленія и толчковъ, происходящихъ во время проглатыванія пищеваго комка. По Treitz'у [6]) же они служатъ для того, чтобы дать пищеводу точки опоры при низведеніи пищеваго комка; иначе, если бы пищеводъ въ извѣстныхъ мѣстахъ не былъ бы прикрѣпленъ къ сосѣднимъ органамъ, то при низведеніи глотковъ пищи его кривизны могли бы легко увеличиться и актъ глотанія могъ бы быть затрудненъ; соотвѣтственно этому мы и находимъ, что пищеводъ особенно плотно связанъ съ окружающими органами на мѣстахъ изгибовъ его.

Въ шейной части пищевода чрезвычайно рѣдко встрѣчается мускулъ, идущій отъ щитовидной железы къ пищеводу, почему и названъ m. thyreo-oesophageus. Этотъ мускулъ впервые былъ открытъ и описанъ профессоромъ Груберомъ [7]); по его описанію этотъ мускульный пучекъ, находящійся только съ правой стороны, имѣетъ видъ лентообразнаго мышечнаго пучка длинною въ 1,5 сант. Онъ начинается на внутренней поверхности правой доли glandulae thyreoideae и, направляясь косо назадъ и немного внизъ, оканчивается лучеобразно въ продольномъ слоѣ пищевода, въ правой половинѣ задней его стѣнки. Этотъ мышечный пучекъ состоитъ изъ поперечно-полосатыхъ волоконъ.

---

[1]) Virchow's Archiv, B. 21, 1861, s. 455.

[2]) Treitz,—«Ueber einen neuen Muskel am Duodenum des Menschen, über elastische Sehnen, und einige andere anatomische Verhältnisse». Prager Vierteljahrschrift. 1853. Bd 1, S. 117,

[3]) Klein,—Учебникъ гистологіи Штриккера, руск. пер., стр. 432.

[4]) Gillette,—l. s., p. 632—633

[5]) Henle, l. c., s. 162, см. примѣчаніе.

[6]) Treitz, l. c., s. 119.

[7]) W. L. Gruber,—Ueber das neue Anheftungsbündel des Oesophagus an die Glandula thyreoidea. Musculus thyreo-oesophageus. Virchow's Archiv. Bd. 69. 1877. s. 396.

Въ грудной части пищевода при входѣ его въ mediastinum posticum Hyrtl [1]) часто видѣлъ мышечныя волокна, идущія къ нему отъ позвоночнаго столба. Кромѣ того онъ [2]) первый сообщилъ о двухъ добавочныхъ мышечныхъ пучкахъ. По его описанію одинъ изъ этихъ пучковъ «начинается широкимъ основаніемъ отъ задней перепончатой стѣнки лѣваго бронха, направляется къ лѣвому краю пищевода и идетъ далѣе внизъ параллельно продольнымъ волокнамъ его, на протяженіи 2—3 дюймовъ, послѣ чего безъ рѣзкихъ границъ сливается съ мускульнымъ слоемъ этой трубки». Онъ назвалъ его m. broncho-oesophageus. Другой мышечный пучекъ, m. pleuro-oesophageus, «находится ниже мѣста перекрещиванія пищевода съ лѣвомъ бронхомъ, беретъ начало за аортой отъ лѣвой пластинки mediastini postici, переходитъ чрезъ аорту, достигаетъ пищевода» и своими волокнами постепенно сливается съ продольными и круговыми волокнами его. Оба эти мускула Гиртль описалъ какъ постоянно существующіе, но Treitz [3]) доказалъ ихъ непостоянство. Позднѣе профессоръ В. Л. Груберъ [4]) описалъ новый мускулъ, идущій отъ праваго бронха къ пищеводу, почему и названъ имъ, въ отличіе отъ мускула Гиртля, m. broncho-oesophageus dexter. Этотъ мускулъ изъ 120 труповъ встрѣтился 9 разъ. Онъ обыкновенно начинается отъ перепончатой стѣнки праваго бронха, рѣже отъ хрящевой боковой его стѣнки, а иногда даже отъ вѣтвей его, идетъ косо внутрь и внизъ къ правой стѣнкѣ пищевода и своими волокнами оканчивается въ мускулатурѣ этого канала. Кромѣ того, Treitz [5]) описалъ многіе непостоянные мышечные пучки, которые чаще всего, почти въ каждомъ случаѣ, находятся между пищеводомъ и всей задней поверхностью дыхательной трубки. Эти пучки очень коротки, иногда многочисленны и могутъ встрѣтиться въ шейной части канала. Они берутъ начало отъ задней поверхности дыхательной трубки, идутъ внизъ и влѣво и смѣшиваются съ продольными волокнами пищевода; ихъ Luschka [6]) назвалъ m. m. tracheo-oesophagei. Точно также лѣвый край всей средней трети пищевода очень часто связанъ мышечными волокнами съ лѣвымъ плевральнымъ листкомъ, ограничивающимъ задній грудной промежутокъ; потомъ съ дугой и нисходящей частью аорты,—faisseau aortico-oesophagien [7]), а также по большей части съ лѣвой подключичной артеріей. Наконецъ, въ еще болѣе рѣдкихъ случаяхъ пищеводъ связанъ такимъ же образомъ въ нижней своей трети съ околосердечной сумкой, аортой или съ правымъ листкомъ плевры. Кромѣ этихъ мышечныхъ пучковъ, пищеводъ во многихъ мѣстахъ связанъ съ сосѣдними органами эластическими пластинками, которыя представляютъ сухожильныя продолженія его мускульныхъ пучковъ. Часто эти эластическія пластинки перемѣшаны съ мышечными продолженіями, а иногда даже замѣняютъ ихъ. Они постоянно встрѣ-

[1]) Hyrtl, Руководство къ топографической анатоміи. Рус. пер. 1860, ч. I, стр. 470.

[2]) Hyrtl,—Entdeckung zweier neuer Muskeln. Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien, 1844, s. 115.

[3]) Treitz, l. c., s. 119—120.

[4]) Prof. W. L. Gruber,—«Ueber das neue Anheftungsbündel des Oesophagus an den Bronchus dexter. Musculus broncho-oesophageus dexter». Archiv füt Anatomie, 1869, s. 519.

[5]) Treitz, l. c., s. 118—119.

[6]) Luschka, «Die Musculatur der Luftröhre des Menschen». Archiv für Anatomie, 1869, s. 593.

[7]) Gillette, l. c., p. 628

чаются между задней стѣнкой дыхательной трубки и передней поверхностью пищевода; потомъ они разсѣяны между другими связями грудной части пищевода съ сосѣдними органами.

Въ грудобрюшной части пищевода стѣнки его довольно тѣсно связаны съ діафрагматическими пучками, ограничивающими пищеводный каналъ, эластическими соединительно-тканными пластинками, составляющими продолженіе вышеописанной lig. interpleurale inferior. Rouget [1]) и Gillette [2]) описываютъ здѣсь прибавочные мускульные пучки (fibres phréno-oesophagiennes), состоящіе изъ поперечно-полосатыхъ волоконъ, идущихъ отъ діафрагмы къ стѣнкамъ пищевода; они существуютъ постоянно и по Rouget составляютъ «un rudiment du sphincter oesophagien», такъ развитый у нѣкоторыхъ грызуновъ и образуютъ по Gillette въ нижней части пищевода «une troisième couche musculaire». Еще Santorini [3]) и Winslow [4]) описали эти пучки. Theile [5]) также указываетъ, что эти пучки иногда существуютъ, но Treitz [6]) говоритъ: «я никогда не видѣлъ, чтобы поперечно-исчерченный мышечный пучекъ шелъ отъ діафрагмы къ кардіи»; точно также Welcker и Schweigger-Seidel «не смотря на тщательныя микроскопическія изслѣдованія, не нашли ни одного поперечно-полосатато отдѣльнаго волокна во всей нижней половинѣ пищевода». Я при своихъ изслѣдованіяхъ тоже ни разу не видалъ этихъ мышечныхъ пучковъ.

Слизистая оболочка пищевода [7]) толщиною въ $^1/_4$ mill. и обыкновенно желто- или сѣрокрасноватаго цвѣта; она въ высшей степени растяжима, связана съ мускульнымъ слоемъ обильнымъ рыхлымъ соединительно-тканнымъ слоемъ, lamina cellulosa submucosa (также называемая древними анатомами tunica nervea s. vasculosa), легко подвижна и безъ труда можетъ быть отдѣлена. Въ растянутомъ состояніи она представляется невооруженному глазу совершенно гладкой поверхностью; но въ сокращенномъ органѣ она лежитъ складками, которыя такъ далеко вдаются въ просвѣтъ, что послѣдній превращается въ узкую вѣтвистую щель и на разрѣзѣ представляется звѣздообразнымъ, что прекрасно видно на многихъ рисункахъ Пирогова и также на моихъ поперечныхъ распилахъ замороженныхъ труповъ. По своему строенію слизистая оболочка состоитъ изъ соединительно-тканныхъ пучковъ, расположенныхъ главнымъ образомъ продольно, съ присоединеніемъ многочисленныхъ эластическихъ волоконъ; она раздѣляется слоемъ продольныхъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ (muscularis mucosae), имѣющихъ 0,2 — 0,3 mm. въ толщину, на два слоя. Внутренній слой толщиною отъ 0,15 до 0,5 mm. покрытъ мостовиднымъ слоистымъ эпителіемъ [8]) отъ 0,1 до 0,2 mm.

---

[1]) Rouget, «Le diaphragme chez les mammifères, les oiseaux et les reptiles». Comptes rendus des séances et mémoires de la société de biologie, Paris, (1851), t. III, 1852, p. 171.

[2]) Gillette, l. c., p. 629—630.

[3]) Santorini, Observationes anatomicae, 1739.

[4]) Winslow, Exposition anatomique de la structure du corps humain, 1752, t. II, p. 167.

[5]) Theile, Encyclopédie anatomique, t. III, p. 194, 1843. Traduit de l'Allemand par Jourdan.

[6]) Treitz, l c., s. 119.

[7]) Описаніе по Henle, Eingeweidelehre, s. 158—159.

[8]) Klein (Quarterley Journ. of microsc. Science. Vol. XX. p. 476, refer. Jahresberichte über die Fortschritte der Anat. und. Phys., 1881, s. 205) наблюдалъ у новорожденнаго ре-

толщиною. Поверхность, обращенная къ этому эпителію, усажена длинными умѣренно-тонкими сосочками, расположенными неправильными продольными рядами; въ верхнемъ отдѣлѣ пищевода между соединительно-тканными волокнами этого слоя встрѣчаются разсѣянныя тѣльца, свойственныя скученнымъ железамъ. По Klein'у [1]) у новорожденныхъ дѣтей mucosa на многихъ мѣстахъ представляетъ строеніе оденоидной ткани.

Мускульный слой слизистой оболочки (muscularis mucosae) начинается у верхней границы пищевода пучками, раздѣленными большими промежутками; потомъ они постепенно сближаются и только въ нижней части пищевода образуютъ сплошной мышечный слой.

Наружный соединительно-тканный слой гораздо толще внутренняго, состоитъ изъ болѣе широкихъ пучковъ, къ которымъ постоянно примѣшаны въ измѣнчивомъ количествѣ тонкія и широкія упругія волокна. Этотъ слой богатъ сосудистыми развѣтвленіями и содержитъ гроздовидныя железы, выстланныя цилиндрическимъ эпителіемъ; эти железы расположены довольно уединенно короткими продольными рядами.

Вблизи cardiae маленькія ацинозныя железы [(кардіальныя железы Kölliker'a) (Mikroskop. Anat., II, 128)] образуютъ вѣнчикъ отъ 0,4 до 0,5 mm. вышиною; онѣ отличаются отъ разсѣянныхъ слизистыхъ железъ пищевода тѣмъ, что онѣ заложены въ толщѣ слизистой оболочки и въ подслизистый слой не простираются.

Сосуды пищевода.—Артеріи, вѣтвящіяся въ пищеводѣ, aa. oesophageae, происходятъ изъ различныхъ источниковъ. Въ шейной части онѣ берутъ начало изъ нижнихъ щитовидныхъ артерій; въ грудной—частью изъ передней поверхности нисходящей аорты, частью изъ art. bronchiales, а нѣкоторыя изъ art. intercostales; къ грудобрюшной части пищевода артеріальныя вѣточки идутъ изъ лѣвой артеріи грудобрюшной преграды и изъ art. coron. ventriculi sinistra.

Вены образуютъ въ подслизистомъ слоѣ сплетеніе, съ удлиненными продольными петлями; оно занимаетъ всю длину пищевода и особенно развито въ нижней его части, гдѣ нерѣдко образуетъ варикозные узлы, которые, разрываясь, могутъ дать довольно сильное кровотеченіе. Изъ этого сплетенія собираются стволики, впадающіе частью въ v. v. thyreoideae inf., частью въ v. v. azygos et hemiazygos, а изъ нижней части пищевода—въ вены грудобрюшной преграды и желудка. Это послѣднее имѣетъ важное значеніе, такъ какъ чрезъ посредство v. coronariae ventriculi устанавливается сообщеніе венозной крови съ кровью venae portarum, что благопріятствуетъ развитію коллятеральнаго венознаго оттока при cirrhosis hepatis.

Лимфатическіе сосуды, образующіе богатую сѣть, собираются въ стволики, которые входятъ отчасти въ нижнія глубокія шейныя железы, glandulae cervicales profundae inferiores, отчасти же въ многочисленныя железы задняго груднаго промежутка.

Нервы пищевода происходятъ отъ n. vagi, s. pneumo-gastrici; они образуютъ

бенка въ шейной части пищевода мерцательный цилиндрическій эпителій и особенно въ большомъ количествѣ въ углубленіяхъ между складками слизистой оболочки. Подъ нимъ слѣдовалъ двойной или тройной слой многогранныхъ клѣтокъ, къ которымъ еще глубже примыкалъ слой цилиндрическихъ клѣтокъ. Остальная часть слизистой оболочки была покрыта обыкновеннымъ слоистымъ плоскимъ эпителіемъ.

[1]) Klein, Учебникъ гистологіи Штриккера. Русск. пер., стр. 430.

plexus oesophageus, къ которому присоединяются вѣточки груднаго симпатическаго нерва. Къ шейной части пищевода идутъ тонкія вѣточки отъ обоихъ нижнихъ гортанныхъ нервовъ. Среди нервныхъ волоконъ, идущихъ въ толщѣ стѣнокъ грудной части пищевода, находятся частью отдѣльныя ганглiозныя клѣтки, заключенныя въ ядросодержащія капсулы, частью же группы ганглiозныхъ клѣтокъ, соединенныхъ отростками. Точно также и на пищеводныхъ вѣтвяхъ n. vagi находятся настоящія гангліи (Luschka [1]).

Патологическіе и оперативные выводы. Вслѣдствіе глубокаго положенія начала пищевода (въ среднемъ выводѣ = 14,8 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ) невозможно на живомъ достигнуть до этого отверстія пальцемъ и, что бы ни говорили Follin [2]) и Chassaignac [3]), но даже и на трупѣ стоитъ большаго труда дойти до задней поверхности черпаловидныхъ хрящей; въ этомъ согласны всѣ авторы и хирурги кромѣ того хорошо знаютъ, что, какъ говоритъ Richet [4]), не всегда возможно изслѣдовать даже подгортанно-черпаловидныя складки (plycae aryepiglotticae), которыя между тѣмъ расположены гораздо выше и болѣе кпереди. Отсюда слѣдуетъ, что невозможно провести зондъ по пальцу до входа въ пищеводъ и точно также нельзя разсчитывать на возможность опредѣлить пальцемъ инородныя тѣла, которыя, какъ показываетъ намъ клиническій опытъ и литературныя данныя, чаще всего останавливаются именно въ этомъ мѣстѣ. Этотъ фактъ весьма легко объясняется тѣмъ, что пищеводъ при своемъ началѣ представляетъ самое узкое мѣсто, «вполнѣ закрытое нижнимъ сжимателемъ глотки» (constrictor pharyngis interior s. annulus crico-oesophageus по Chossier [5])· Разъ объемистое постороннее тѣло или кусокъ пищи прошелъ верхнее съуженіе, то онъ почти безпрепятственно спускается до того мѣста пищевода, «которое находится нѣсколько выше грудобрюшной преграды» [6]), гдѣ нерѣдко онъ застрѣваетъ; но на срединѣ пищевода посторонія тѣла чрезвычайно рѣдко останавливаются. Эта остановка постороннихъ тѣлъ «нѣсколько выше грудобрюшной преграды» опять таки легко объясняется тѣмъ анатомическимъ фактомъ, что въ этомъ мѣстѣ растяженіе пищевода ограничивается межплевральной связкой, описанной выше и кромѣ того здѣсь пищеводъ сжатъ мышечными пучками грудобрюшной преграды. Средняя часть пищевода, хотя мѣстами и представляетъ незначительныя съуженія, но она настолько подвижна, что растяженіе этой части не встрѣчаетъ особенныхъ препятствій, слѣдовательно и постороннимъ тѣламъ нѣтъ причины останавливаться въ этой части его. Итакъ, объемистыя постороннія тѣла или куски пищи обыкновенно останавливаются при началѣ или же въ концѣ пищевода и чрезвычайно рѣдко въ промежуточной его части. Не-

---

[1]) Luschka, l. c., Bd. I, Abth. 2, s. 337.

[2]) Follin, l. c., p. 5.

[3]) Chassaignac, Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, русск. перев. 1869 г., ч. III, стр. 334.

[4]) Richet, l. c., p. 430.

[5]) Mikulicz, l. c., s. 22.

[6]) Нелятонъ, Хирургическая патологія, ч. III, русск. перев. 1859, стр. 433.

большія же посторонні тѣла, особенно острыя, какъ напр. рыбьи косточки, чаще всего останавливаются въ глоткѣ и въ шейной части пищевода, чему способствуютъ глубокія складки слизистой оболочки пищевода, между которыми онѣ, причиняя серьезныя страданія, а иногда и смерть [1]), могутъ скрываться многіе мѣсяцы и хирурги прекрасно знаютъ, какъ иногда трудно ихъ ощупать между этими складками. Далѣе, органическія стриктуры пищевода, происходящія отъ ожогъ, язвъ, новообразованій и т. д. находятся по преимуществу, если даже не сказать исключительно, въ такихъ мѣстахъ пищевода, въ которыхъ онъ нормально болѣе или менѣе съуженъ, т. е. въ начальной части его, при входѣ въ каналъ грудобрюшной преграды и на мѣстѣ перекреста съ лѣвымъ бронхомъ.

Катетеризація. Чтобы выяснить присутствіе и мѣстоположеніе въ пищеводѣ инороднаго тѣла или стриктуры его и чтобы, такъ сказать, ощупать ихъ, хирурги обыкновенно катетеризируютъ пищеводъ различнаго рода зондами и катетерами. Но катетеризація пищевода производится не для одной діагностики; также часто катетеризируютъ его съ терапевтическими цѣлями,—для расширенія стриктуръ пищевода, при постороннихъ тѣлахъ его съ цѣлью протолкнуть или извлечь ихъ, для искусственнаго кормленія, для промыванія желудка и т. д. Однимъ словомъ, нѣтъ ни одного страданія этой трубки, при которомъ бы не употреблялась катетеризація его для той или другой цѣли. Поэтому при выполненіи этой маленькой операціи, чтобы не нанести вреда больному, необходимо обращать вниманіе на очень многіе анатомическіе факты. Прежде всего хирургъ долженъ выбрать инструментъ для катетеризаціи пищевода, изъ какого матеріала онъ долженъ быть построенъ, какой длины и калибра? Я не стану описывать всѣ инструменты, предложенные доселѣ: большинство изъ нихъ сданы въ музеи и не имѣютъ практическаго значенія. Здѣсь я хочу только указать на тѣ свойства, которыми долженъ обладать вполнѣ цѣлесообразный инструментъ. Прежде всего, принимая во вниманіе извилистость пути, по которому долженъ пройти зондъ, нужно, чтобы инструментъ обладалъ гибкостью, чтобы онъ легко приспособлялся ко всѣмъ извилинамъ пищеваго прохода; потомъ необходимо, чтобы онъ обладалъ достаточной упругостью, чтобы при помощи его можно было ощупывать тѣ препятствія, которыя встрѣчаются инструменту на его пути. Этимъ требованіямъ вполнѣ удовлетворяетъ зондъ, состоящій изъ китоусоваго стебля съ навинчивающимися на одинъ конецъ его различнаго діаметра оливами изъ слоновой кости [2]). Этотъ инструментъ получилъ широкое распространеніе со временъ Trousseau [3]) и въ настоящее время употребляется всѣми хирургами и между прочимъ также въ нашей клиникѣ. Кромѣ того, многими хирургами употребляются различнаго рода эластическіе зонды, совершенно схожіе съ уретральными эластическими катетерами, только большаго размѣра; они различнаго діаметра и весьма разнообразны, различаются по цвѣту и особенно по формѣ и толщинѣ наконечниковъ, которые бываютъ то цилиндрическіе, то цилиндро-

---

[1]) Mondière, Arch. gén. de méd., t. XXIV.

[2]) Въ нашей клиникѣ употребляется зондъ съ пятью оливами; діаметръ оливы № 1=0,9 сант. № 2 = 1,0 сант., № 3 = 1,1 сант., № 4 = 1,2 сант., № 5 = 1,5 сант.

[3]) Trousseau, Du cathétérisme dans le traitement du rétrécissement de l'oesophage. Gasette médicale de Paris, 1849, s. III, t. 2. p. 193.

коническіе. Такіе зонды, благодаря своей гибкости, имѣютъ большое преимущество и употребленіе ихъ особенно рекомендуютъ Richet и Trelat [1], а за послѣднее время Bouchard [2]) предложилъ цѣлую серію цилиндро-коническихъ каучуковыхъ бужей для расширенія стриктуръ пищевода. Далѣе, для искусственнаго кормленія и промыванія желудка за послѣднее время почти всѣ употребляютъ зонды каучуковые, совершенно такіе же, какъ уретральные катетеры Нелятона.

Длина всѣхъ инструментовъ, употребляющихся для катетеризированія пищевода, понятно, должна равняться разстоянію отъ верхнихъ рѣзцовъ до желудка и кромѣ того еще необходимо, чтобы оставался наружный конецъ его внѣ полости рта, за который удерживался бы инструментъ рукою хирурга, поэтому весьма цѣлесообразно, что всѣ инструменты дѣлаются отъ 45 до 50 сант. длины.

Я уже раньше указалъ, что Лингартъ [3]) ошибается, опредѣливъ длину зонда въ 14—15 дюймовъ, такъ какъ, по изслѣдованіямъ Mouton'а и моимъ, средняя длина разстоянія отъ верхнихъ рѣзцовъ до cardia = 16 дюймовъ, стало быть длина зонда должна быть по крайней мѣрѣ = 18 дюйм. или 45 сант., а лучше = 20 дюйм. или 50 сант.

Діаметръ зондовъ долженъ доходить до того размѣра, до котораго можетъ растягиваться самое узкое мѣсто пищевода и такъ какъ самое узкое мѣсто и есть его начало, которое растягивается въ среднемъ выводѣ до 2,3 сант. въ поперечномъ діаметрѣ и 1,6 сант. въ передне-заднемъ, то на основаніи этого анатомическаго свойства пищевода совершенно основательно д-ръ Chassagni [4]) въ 1875 году въ хирургическомъ обществѣ предложилъ придать оливамъ желудочнаго зонда приплюснутую форму. Но для катетеровъ и зондовъ съ оливами, имѣющихъ круглую форму, самый большій размѣръ долженъ быть равенъ 2 сант. Такимъ образомъ, если при расширеніи пищевода достигли оливы съ діаметромъ въ 2 сант., то дальнѣйшее зондированіе совершенно излишне.

При катетеризаціи пищевода можно идти двумя путями: или чрезъ ротъ, или же чрезъ носъ. Послѣдній путь, говоритъ Velpeau [5]), «долгое время предпочитался, но въ настоящее время почти всѣми оставленъ», такъ какъ этотъ способъ имѣетъ слѣдующіе важные недостатки: 1) инструментъ долженъ быть только малаго калибра; 2) операторъ не можетъ свободно управлять инструментомъ и дать себѣ хорошо отчетъ въ его положеніи, а поэтому и указанія, получаемыя этимъ способомъ, менѣе точны, чѣмъ при катетеризаціи чрезъ ротъ; 3) чрезвычайная раздражительность носовыхъ проходовъ у нѣкоторыхъ дѣлаетъ этотъ способъ невозможнымъ; 4) иногда этотъ способъ вызываетъ epistaxis и воспаленіе носовыхъ проходовъ, какъ это было у больнаго Waston'а [6]); 5) при этомъ способѣ зондъ легче можетъ попасть въ гор-

---

[1]) Nekkach, Quelques mots sur les rétrécissements de l'oesophage et du catétérisme de cet organe par la sonde de Collin. Thèse de Paris, 1880.

[2]) Lesbini, l. c.

[3]) Лингартъ, Руководство къ оперативной хирургіи, т. II. Рус. пер. 1880, стр. 226.

[4]) Tillaux, Руководство къ топографической анатоміи, стр. 427, Рус. пер.

[5]) Velpeau, Nouveaux éléments de médecine opératoire. Paris, t. III, edit, 2; p. 686.

[6]) Follin, l. c., p. 118 и Journal de Chirurgie, t. 3, p. 339. 1845.

танъ. А между тѣмъ, нѣкоторые авторы указываютъ, что этотъ способъ имѣетъ и преимущества. Такъ Gerdy [1]) говоритъ, что катетеризмъ пищевода чрезъ носовые проходы «менѣе сложенъ и болѣе быстръ», при немъ рѣдко встрѣчается рвота и не бываетъ ушибовъ глотки. Но если принять во вниманіе, что рвота также встрѣчается и при катетеризмѣ чрезъ носовые пути, какъ и чрезъ ротъ и кромѣ того осторожнымъ зондированіемъ вполнѣ можно избѣжать ушибовъ глотки, то нельзя не согласиться съ Béhier [2]), который говоритъ, что катетеризмъ пищевода чрезъ носовые пути «труденъ для врача и составляетъ наказаніе для больнаго»; а Лингартъ [3]) совершенно справедливо признаетъ этотъ способъ безполезнымъ. Къ тому же, если нужно ввести глоточный зондъ больному при тризмѣ или другомъ патологическомъ процессѣ, не допускающемъ раскрытія рта, то слѣдуетъ вспомнить, что и при замкнутомъ ртѣ мы имѣемъ пространство, которое остается между послѣдними коренными зубами и корнемъ вѣнечнаго отростка нижней челюсти, чрезъ которое можно провести зондъ съ діаметромъ въ 0,5 сант. Такимъ образомъ остается производить катетеризацію пищевода чрезъ носовые проходы въ двухъ только случаяхъ: 1) у тѣхъ умалишенныхъ больныхъ, которымъ вслѣдствіе ихъ буйства совершенно невозможно ввести зонда чрезъ ротъ и преддверье рта и 2) въ тѣхъ случаяхъ, когда хотятъ оставить пищеводный зондъ à demeure, что за послѣднее время съ легкой руки Krishaber'а [4]) среди французскихъ хирурговъ очень распространилось [5]), хотя и для этихъ послѣднихъ случаевъ нѣтъ никакихъ неудобствъ вводить зондъ чрезъ ротъ, тѣмъ болѣе, что Gerdy [6]) такимъ образомъ оставлялъ зонды à demeure толщиною въ мизинецъ въ продолженіи 8 дней, фиксируя ихъ въ лѣвомъ губномъ углу посредствомъ нитки. Точно также нѣкоторые авторы, какъ напр. Boyer [7]), желая оставить пищеводный зондъ à demeure и между тѣмъ вполнѣ сознавая трудность катетеризированія чрезъ носовые пути, сначала вводитъ его чрезъ ротъ, а потомъ наружный конецъ его при помощи трубки Bellocq'а проводитъ чрезъ нижній носовой проходъ и укрѣпляетъ ниткой.

Будемъ-ли мы катетеризировать пищеводъ чрезъ ротъ или же чрезъ носовой проходъ, мы прежде всего встрѣчаемся съ тѣмъ препятствіемъ, которое представляетъ извѣстный уголъ направленія оси рта или носоваго прохода съ осью глотки. Этотъ уголъ измѣняется отъ движеній головы такимъ образомъ, что при крайней экстензіи головы почти совершенно изглаживается, но за то въ это время шейная часть позво-

[1]) Gerdy, Traité des pansements, p. 442, t. II, edit. 2, 1839. Paris.

[2]) Behier, l. c., p. 108.

[3]) Лингартъ, l. c., стр. 225.

[4]) Krishaber, Sonde oesophagienne laissée à demeure pendant trois cent cinq jours. Utilité de ce procédé. Gazette des Hôpitaux, Paris. 1881. p. 211.

[5]) Lannelongue, Rapport sur l'utilité des sondes à demeure oesophagiennes dans les lesions de l'oesophage et dans les mutilations de la face et du cou. Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, t. VII, 1881, p. 220—229 и Rodet, De la sonde oesophagienne à demeure. Thèse de Paris. 1881.

[6]) Gerdy, Annales de thérapeutique, t. IV, p. 267 и Bull. et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, t. VII, 1881.

[7]) Lannelongue, l. c., p. 222.

ночнаго столба образуетъ сильнѣйшій лордозъ и вершина этой дуги позвоночника находится на уровнѣ 5 и 6 шейнаго позвонка; вмѣстѣ съ этимъ перстневидный хрящъ прижимается сильно натянутыми частями передней поверхности шеи къ позвоночнику. и такимъ образомъ начало пищевода сплющивается въ передне-заднемъ направленіи. При такомъ положеніи возможно введеніе даже совершенно твердыхъ и прямыхъ инструментовъ, какъ это дѣлаютъ Mikulicz [1]), Trendelenburg [2]) и нѣкоторые фокусники [3]), но за то при этомъ условіи конецъ зонда, скользя по задней стѣнкѣ глотки, образующей выпуклость впередъ, вслѣдствіе лордоза шейной части позвоночника, имѣетъ большую наклонность идти въ гортань и трудно попадаетъ въ начало пищевода. Напротивъ, при сгибаніи головы уголъ, образуемый направленіемъ оси рта съ осью глотки, будетъ острымъ, вслѣдствіе чего, понятно, введеніе зонда становится чрезвычайно труднымъ и даже невозможнымъ. Кромѣ того, въ началѣ пищевода зондъ весьма часто встрѣчаетъ препятствіе, зависящее частью отъ узости прохода, а главнымъ образомъ отъ спазмодическаго сокращенія мышечныхъ волоконъ.

Для устраненія этого препятствія достаточно больному сдѣлать легкое наклоненіе головы впередъ и одно глотательное движеніе, чтобы зондъ прошелъ далѣе; если же это не помогаетъ, то нужно переждать, пока спазмъ пройдетъ. Иногда здѣсь препятствіе зависитъ отъ утолщенія и окостененія задней пластинки перстневиднаго хряща, какъ это наблюдали Travers [4]), Wernher [5]) и Hadlich [6]). Мы также наблюдали одинъ подобный случай, о которомъ скажемъ впослѣдствіи. Въ этихъ случаяхъ если не помогаетъ сгибаніе головы и глотательное движеніе, то необходимо оттянуть гортань отъ позвоночника лѣвою рукою и даже крѣпкимъ острымъ крючкомъ, какъ это дѣлалъ Wernher. Кромѣ того, для оттягиванія гортани отъ позвоночника Hüter [7]) совѣтуетъ еще прибѣгать къ тому способу, которымъ обыкновенно оттягиваютъ нижнюю челюсть, а съ нею и языкъ при задушеніи отъ хлороформа, — именно онъ говоритъ, что, «заходя изогнутыми въ видѣ крючковъ указательными пальцами позади восходящихъ вѣтвей ея, можно, не открывая рта, настолько оттянуть гортань отъ позвоночника, что у входа въ пищеводъ зондъ не встрѣтитъ особеннаго затрудненія со стороны гортани». Какъ только зондъ прошелъ начало пищевода, то на дальнѣйшемъ пути при нормальныхъ условіяхъ онъ уже обыкновенно не встрѣчаетъ никакихъ препятствій и свободно идетъ до желудка, не вызывая никакихъ болей. У раздражительныхъ субъектовъ, говоритъ Mosetig-Moorhof [8]), иногда зондъ встрѣчаетъ препят-

---

[1]) Mikulicz, l. c.

[2]) Trendelenburg, Einführung gerader Instrumente zur Extraction fremder Körper aus dem oesophagus, Lang. Arch. XIV. s. 633. 1872.

[3]) Panch, l. c., s. 177.

[4]) Travers, London med. chirurg. transactions. Vol. VII. См. у Hadlich и учебникъ хирургіи Альберта, стр. 588.

[5]) Wernher, Chronische vollständige Dysphagie, veranlasst durch Verdeckung des Ringknorpels des Larynx. Centralblatt f. chir. № 30. 1875.

[6]) Hadlich, Ein Fall von aüsserer oesophagotomie wegenhochgradiger Dysphagie. Deutsche Zeitschrift für chirurgie, Bd. 17, 1882, s. 138—157.

[7]) Hüter, Общая и частная хирургія, т. II, ч. I, стр. 366. Рус. пер. 1883.

[8]) Mosetig-Moorhof, Handbuch der chirurgischen technik, Wien, 1886, s. 506.

ствіе у cardiae, вслѣдствіе спазмодическаго запиранія входа въ желудокъ. Еще рѣже встрѣчаются подобныя же спазмодическія сокращенія циркулярныхъ волоконъ на протяженіи пищевода. Такія спазмодическія препятствія останавливаютъ зондъ только на короткое время, при этомъ совершенно достаточно остановить его здѣсь и произвести легкое нажатіе на замкнутую часть съ тѣмъ, чтобы преодолѣть судорогу и окончить операцію. Но если зондъ, введенный въ желудокъ, мы проведемъ дальше и упремся имъ въ большую кривизну его, то больной сразу почувствуетъ жестокую боль въ области желудка.

Итакъ, ни сильно разогнутое положеніе головы, ни сильно согнутое неудобны при катетеризаціи пищевода. Самое лучшее положеніе головы будетъ промежуточное между сгибаніемъ и разгибаніемъ и еще лучше нѣсколько разогнутое положеніе, однако настолько, насколько позволяетъ сочлененіе затылочной кости съ атлантомъ безъ образованія лордоза въ шейной части позвоночника. При этомъ начало пищевода нѣсколько поднимается, лѣвая кривизна шейной части его, а также и передне-задняя немного выравниваются и гортань не прижимаетъ начало пищевода къ позвоночнику; всѣ эти условія самыя благопріятныя для катетеризаціи этого органа. Въ этомъ согласны всѣ хирурги, одинъ только Chassaignac [1]) утверждаетъ, что «запрокидываніе головы назадъ, совѣтуемое авторами, есть самое худшее положеніе, какое только можно дать больному. Оно образуетъ выступъ на уровнѣ шестаго шейнаго позвонка и дѣлаетъ болѣе угловатымъ шейно-спинную вогнутость. Самое лучшее положеніе, какое слѣдуетъ дать больному, состоитъ въ сгибаніи шеи впередъ для того, чтобы уничтожить кривизну, которая простирается отъ шестаго шейнаго позвонка до двухъ первыхъ спинныхъ». Очевидно Chassaignac здѣсь говоритъ о такомъ запрокидываніи головы назадъ, при которомъ образуется лордозъ въ шейной части позвоночника и на основаніи выше нами высказанныхъ соображеній было уже признано, что такое положеніе больнаго неудобно для катетеризаціи пищевода. Что же касается того, что при экстензіи головы передне-задняя кривизна пищевода усиливается, какъ утверждаетъ Chassaignac, то мои опыты, произведенные для этой цѣли, показали совершенно противное,—именно, при такомъ положеніи головы передне-задняя кривизна пищевода не усиливается, а напротивъ уменьшается и это уменьшеніе происходитъ насчетъ подниманія начала пищевода; въ этомъ можно убѣдиться слѣдующимъ образомъ: на трупѣ отпрепаровывается шейная часть пищевода только съ одной правой стороны, не повреждая остальныхъ его связей; потомъ удаляется правая ключица съ правой верхней конечностью и затѣмъ правая боковая стѣнка груди вплоть до позвоночника, однако оставивши не тронутыми прикрѣпленія діафрагмы; послѣ этого удаляется правое легкое и отпрепаровывается правая сторона грудной части пищевода, не трогая остальныхъ его связей. Такимъ образомъ весь пищеводъ, за исключеніемъ самой его нижней части, видѣнъ съ правой стороны и точно также прекрасно видна его передне-задняя кривизна [2]). Если мы такъ приготовленный трупъ посадимъ на табуретку, прислонивши его спиной къ стѣнѣ, укрѣпимъ руками по-

[1]) Chassaignac, l. c., ч. III, стр. 336. Рус. пер. 1869 и Mouton, l. c. p. 99.

[2]) Этимъ способомъ Mouton пользовался въ своихъ опытахъ для опредѣленія вліяній положеній головы на начало пищевода. См. его диссертацію, стр. 99 и 100.

*

мощника тазъ и поясничную часть позвоночника, а верхнюю часть туловища предоставимъ собственной тяжести, то получится усиленіе спинной кривизны позвоночника и вмѣстѣ съ этимъ усилится передне-задняя кривизна пищевода. Если теперь придать головѣ положеніе крайней экстензіи, то передне-задняя кривизна пищевода нѣсколько уменьшится и это уменьшеніе произойдетъ насчетъ подниманія начала пищевода; но при крайней флексіи головы эта кривизна пищевода видимо не измѣняется. Такимъ образомъ ясно, что величина передне-задней кривизны пищевода при экстензіи головы нисколько не увеличивается и эта дуга «не дѣлается болѣе угловатой», какъ утверждаетъ Chassaignac, но напротивъ она немного даже уменьшается. Но если у того же самаго трупа выпрямить спинную кривизну позвоночника, то и передне-задняя дуга пищевода, само собою понятно, уменьшится. Такъ что величина этой дуги пищевода главнымъ образомъ зависитъ отъ степени искривленія спинной части позвоночника и въ гораздо меньшей степени отъ положеній головы. То же самое происходитъ и у живаго субъекта. Если больной сядетъ на стулъ для производства катетеризаціи пищевода такимъ образомъ, что предоставитъ себя собственной своей тяжести, какъ обыкновенно говорятъ: «онъ сидитъ сгорбившись» или «онъ сидитъ осунувшись», то при этомъ условіи у него спинная кривизна позвоночника увеличится, соотвѣтственно этому и передне-задняя дуга пищевода будетъ выражена сильнѣе. Поэтому, прежде чѣмъ катетеризировать пищеводъ, нужно попросить больнаго выпрямить позвоночникъ, вслѣдствіе чего передне-заднее искривленіе пищевода значительно выровнится. Конечно, всѣ эти условія мало имѣютъ значенія для нормальнаго пищевода, но они важны для пищевода, пораженнаго болѣзненнымъ процессомъ, вслѣдствіе котораго стѣнки этого прохода сдѣлались удоборазрываемыми и Pansch [1]) говоритъ, что «эта передне-задняя дуга пищевода становится болѣе или менѣе значительной, сообразно съ измѣненіями кривизны грудной части позвоночника; вслѣдствіе этого введенный инструментъ въ средней части этой кривизны будетъ надавливать на переднею стѣнку и въ то же время на трахею и лѣвое предсердіе, но конецъ инструмента будетъ скользить вдоль задней стѣнки и легче всего здѣсь произведетъ прободеніе».

Кромѣ того пищеводъ, какъ извѣстно, на своемъ пути образуетъ еще боковые изгибы; въ шейной части и вначалѣ грудной онъ изгибается влѣво, на уровнѣ дуги вправо и на нижнемъ концѣ снова влѣво, но въ общемъ эти изгибы на столько незначительны и эти кривизны пищевода вслѣдствіе его подвижности настолько легко выравниваются, что при введеніи зонда, говоритъ Tillaux, нѣтъ надобности принимать во вниманіе эти легкія уклоненія въ сторону [2]). Но Sappey [3]), изучая хирургическое значеніе этихъ боковыхъ искривленій пищевода, пришелъ къ тому заключенію, «что пищеводный зондъ можетъ остановиться или по крайней мѣрѣ наткнуться въ мѣстѣ соединенія двухъ концовъ, т. е. на мѣстѣ выступа, который образованъ лѣвой боковой стѣнкой этого прохода на уровнѣ четвертаго спиннаго позвонка, если только

[1]) Pansch, l. c., s. 176.
[2]) Tillaux,—l. c., p. 425.
[3]) Sappey,—l. c., t. III., p. 89.

хирургъ не приметъ предосторожности и не отклонитъ конецъ зонда немного вправо и назадъ». Мои опыты показали мнѣ иное, чѣмъ говоритъ Sappey. При катетеризаціи пищевода на трупѣ, у котораго отпрепарована правая сторона пищевода вышеописаннымъ способомъ, можно убѣдиться, что какъ боковыя искривленія пищевода, такъ и передне-заднее при нормальныхъ условіяхъ нисколько не мѣшаютъ ходу оливы; при этомъ нужно обращать вниманіе на то, чтобы зондъ не отклонялся слишкомъ въ сторону, но нужно направлять зондъ такъ, чтобы олива его могла бы идти приблизительно по направленію оси прохода. Само собою понятно, что при тѣхъ условіяхъ, при которыхъ можно предполагать усиленіе нормальныхъ кривизнъ пищевода, нужно катетеризировать съ осторожностью.

Самое непріятное осложненіе при катетеризаціи пищевода состоитъ въ томъ, что зондъ принимаетъ ложное направленіе. Оставляя въ сторонѣ тѣ случаи, когда зондъ прокладываетъ себѣ ложную дорогу, прободая слизистую оболочку или даже всю стѣнку пищевода, я здѣсь хочу разсмотрѣть тѣ случаи, когда зондъ, вмѣсто того, чтобы пройти позади гортани во входъ пищевода, попадаетъ въ гортань, что, по свидѣтельству Günther'а [1]), случается нерѣдко. Сначала казалось бы, что это ложное направленіе зонда тотчасъ узнается по тѣмъ бурнымъ припадкамъ кашля и удушья, какіе бываютъ при попаданіи всякаго посторонняго тѣла въ гортань вслѣдствіе чувствительности ея слизистой оболочки, но однако бываютъ случаи, особенно у душевныхъ больныхъ, у которыхъ чувствительность слизистой оболочки гортани понижена вслѣдствіе паралича n. laring. super. и попавшій въ гортань зондъ не вызоветъ никакихъ разстройствъ и Gerdy разсказываетъ, что въ подобномъ случаѣ Desault [2]), обманутый спокойствіемъ больнаго, ввелъ бульонъ въ легкія. Чтобы не случилось такой ошибки, необходимо какъ можно скорѣе удостовѣриться, что зондъ пошелъ по этому ложному пути, тѣмъ болѣе, что иногда при соблюденіи всѣхъ правилъ, зондъ можетъ попасть въ гортань. Такъ при дифтеритѣ зѣва, при страданіи центральной нервной системы неподвижно стоящій по отношенію къ основанію языка надгортанникъ служитъ наилучшимъ проводникомъ для прохожденія зонда прямо въ гортань. Точно также этой случайности благопріятствуютъ иногда и недостатокъ epiglottidis или же язвенные процессы на немъ, опухоли у входа въ гортань, припухлости и наросты на передней поверхости тѣлъ шейныхъ позвонковъ и т. д.

Какъ выше было уже сказано, что зондъ, попавши въ гортань, при нормальныхъ условіяхъ вызываетъ жестокій кашель и удушье. Но если этихъ припадковъ нѣтъ, то заставляютъ больного произносить какой-либо тонъ и если онъ въ состояніи это сдѣлать и въ состояніи даже говорить, то можно быть увѣреннымъ, что зондъ не находится въ голосовой щели. Но это далеко не всегда возможно, особенно трудно заставить это сдѣлать душевно-больныхъ, у которыхъ зондированіе пищевода трудно и у которыхъ чаще зондъ попадаетъ въ гортань, не вызывая никакихъ явленій раздраженія. Въ этихъ случаяхъ, если мы зондируемъ зондомъ изъ китоваго уса съ оливой, то наступаютъ явленія затрудненнаго доступа воздуха въ легкія; но если

---

[1]) Gunther,—l. c., 5 Abth., 1864, s. 304.

[2]) Gerdy,—Traité des pensements; II édit., 2 part., Paris, 1839. p. 446.

зондъ полый, то нужно обратить вниманіе на то, не выходитъ-ли воздухъ изъ трубки одновременно съ дыхательными движеніями, поднося къ отверстію зонда зажженную свѣчу; при этомъ, если пламя свѣчи остается спокойнымъ, то это вѣрный признакъ того, что зондъ находится въ начальной части пищевода; но если пламя намъ указываетъ на ритмическое вхожденіе и выхожденіе воздуха изъ трубки, то это тогда только указываетъ намъ на мѣстоположеніе зонда въ дыхательныхъ путяхъ, когда онъ не вошелъ еще глубоко, такъ какъ подобное явленіе можетъ быть и тогда, когда зондъ находится въ грудной части пищевода, какъ это впервые доказалъ Mikulicz. Для рѣшенія вопроса о мѣстоположеніи зонда лучше всего въ этихъ случаяхъ слѣдовать совѣту Gerdy, который рѣшаетъ этотъ вопросъ такимъ образомъ, что если больной съ закрытымъ ртомъ и носомъ дышетъ чрезъ зондъ, то ясно, что онъ находится въ дыхательныхъ путяхъ; въ противномъ-же случаѣ онъ находится въ пищеводѣ; при этомъ можетъ быть одна случайность, которую нужно помнить,—это случайное закрытіе отверстій пищеводнаго зонда слизью, вслѣдствіе чего можно придти къ ошибочному заключенію. Нѣкоторые авторы совѣтуютъ также впрыскиваніе небольшаго количества воды въ зондъ, причемъ если вода выбрасывается съ кашлемъ обратно, то можно считать, что она попала въ дыхательное горло. Въ полной-же увѣренности мы можемъ быть лишь тогда, когда намъ удастся прослѣдить пальцемъ путь зонда въ гортань или же мимо ея въ глубину глотки.

Теперь намъ остается описать самый способъ катетеризаціи пищевода. Обыкновенно вводится зондъ чрезъ ротъ. Для этого нужно посадить больного на стулъ такимъ образомъ, чтобы выпрямленный позвоночникъ его былъ въ вертикальномъ положеніи и плотно прилегалъ-бы къ спинкѣ стула. Затѣмъ, придавши головѣ паціента слегка отклоненное положеніе назадъ, просимъ его широко открыть ротъ, вслѣдствіе чего намъ становится легко доступной и видной вся полость рта до задней стѣнки глотки. Осмотрѣвши ротъ и глотку и вынувши какіе бы то ни было протезы, если таковые найдутся, мы вводимъ лѣвый указательный палецъ и кладемъ его на средину спинки языка такимъ образомъ, что слегка согнутая послѣдняя фаланга пальца покрываетъ его основаніе и этимъ пальцемъ отдавливаемъ языкъ книзу. Послѣ этого беремъ правой рукой зондъ, какъ писчее перо и вводимъ его въ глотку по радіальной сторонѣ введеннаго лѣваго указательнаго пальца. Зондъ доходитъ до задней стѣнки глотки и по ней скользитъ внизъ къ началу пищевода и обыкновенно безпрепятственно идетъ внизъ по пищеводу; при этомъ даже эластическіе зонды, а тѣмъ болѣе твердые инструменты нужно вводить осторожно, легкими движеніями, чтобы малѣйшее препятствіе можно-бы было ощущать. Зонды нужно брать коротко, т. е. вблизи его конца съ тою цѣлью, чтобы онъ въ сколько нибудь не твердой рукѣ не дѣлалъ бы качательныхъ движеній и не вызывалъ-бы этимъ рвотныхъ движеній. Матерчатые катетеры, французскіе и англійскіе, передъ употребленіемъ погружаютъ въ теплую воду съ тою цѣлію, чтобы они были гибче; обыкновенно ихъ слегка сгибаютъ соотвѣственно пути, который они должны пройти и хорошо смазываютъ масломъ. Эластическіе зонды, въ родѣ катетеровъ Nelaton'а, просто смазываютъ масломъ и вводятъ. Кромѣ того безпокойнымъ больнымъ, чтобы предотвратить себя отъ укуса пальца, между коренными зубами кладутъ деревянный клинъ, пробку или-же употребляютъ различ-

наго рода роторасширители; послѣдніе особенно удобны при катетеризаціи у душевно больныхъ; наконецъ для той-же цѣли употребляютъ еще такъ называемый металлическій палецъ. Для питанія больныхъ, страдающихъ судорожнымъ сжатіемъ челюстей, прибѣгаютъ къ индукціонному аппарату и, въ моментъ внезапнаго разведенія челюстей подъ вліяніемъ тока, вставляютъ дилятаторъ и вводятъ зондъ.

Если введеніе зонда чрезъ ротъ почему либо невозможно или если хотятъ его оставить въ пищеводѣ à demeure, то вводятъ его чрезъ одну изъ ноздрей. König [1]) совѣтуетъ вводить зондъ чрезъ средній носовой проходъ, а Mosetig-Moorhof [2])—чрезъ нижній. Мнѣ кажется, что какъ тотъ, такъ и другой путь одинаково удобны и имѣютъ однѣ и тѣ же неудобства и послѣдній авторъ правъ, утверждая, что этимъ путемъ можно вводить только эластическіе катетеры. Этотъ путь катетеризаціи пищевода авторы обыкновенно описываютъ очень кратко. На основаніи своихъ опытовъ я пришелъ къ тому, что здѣсь для выравниванія угла, образуемаго направленіемъ оси носоваго прохода съ осью глотки, нужно отклонить голову назадъ гораздо сильнѣе, чѣмъ при катетеризаціи чрезъ ротъ. Затѣмъ, смазавши масломъ зондъ, нужно вводить его осторожно въ одинъ изъ носовыхъ проходовъ до задней стѣнки cavi naso-pharyngei и спускать его приблизительно до isthmus faucium для того, чтобы онъ, скользя по выпуклости, образуемой лордозомъ шейныхъ позвонковъ, не вошелъ бы въ гортань. Для избѣжанія этого послѣдняго нужно придать головѣ обыкновенное положеніе и затѣмъ уже осторожно продвигать зондъ далѣе внизъ и онъ обыкновенно безпрепятственно входитъ въ пищеводъ. Можно также и не загибать голову назадъ такъ сильно, но тогда, доведя зондъ до задней стѣнки глотки, нужно чрезъ открытый ротъ пальцемъ или же тупымъ крючкомъ низвести зондъ и проводить его далѣе внизъ обыкновеннымъ способомъ. Во всякомъ случаѣ хирургу первый способъ чаще придется употреблять, потому что зондированіе чрезъ носъ чаще всего приходится употреблять съ цѣлью питанія у психическихъ больныхъ, у которыхъ манипулированіе во рту чрезвычайно затруднительно, а иногда даже и совершенно невозможно, съ чѣмъ согласенъ и König [3]).

Для удаленія посторонних тѣлъ изъ пищевода существуютъ три способа: 1) проталкиваніе въ желудокъ; 2) удаленіе чрезъ полость рта и 3) эзофаготомія.

Какъ ни простъ первый способъ, но для примѣненія его необходимы спеціальныя показанія, потому что при крупныхъ, твердыхъ, угловатыхъ, острыхъ тѣлахъ проталкиваніе представляетъ опасность пораненія пищевода и тѣмъ большую опасность чѣмъ выше сидитъ инородное тѣло, но и дальнѣйшее прохожденіе этихъ тѣлъ по кишкамъ также не безопасно. Поэтому этотъ способъ употребляется въ тѣхъ случаяхъ, когда постороннее тѣло по своимъ свойствамъ не можетъ поранить пищевода, напр. кусокъ хряща, говядины, сухожилья и т. д., и когда это постороннее тѣло засѣло ниже перстневиднаго хряща. Никоимъ образомъ не слѣдуетъ употреблять этого способа при постороннихъ тѣлахъ, застрявшихъ выше перстневиднаго хряща, въ нижней части

---

1) König, l. c., p. 25.
2) Mosetig-Moorhof, l. c., 506.
3) König, l. c., s. 25.

глотки, такъ какъ здѣсь останавливаются слишкомъ объемистыя тѣла, которыя не могутъ пройти начальную съуженную часть пищевода и сопровождаются припадками удушья вслѣдствіе давленія на гортань; слѣдовательно при проталкиваніи этихъ тѣлъ мы должны употребить насиліе и кромѣ того усилимъ припадки удушья. Лучшимъ инструментомъ для проталкиванія является зондъ изъ китоваго уса, на концѣ котораго укрѣплена олива изъ слоновой кости или же круглая губка.

Второй способъ употребляется въ тѣхъ случаяхъ, когда постороннее тѣло или слишкомъ объемисто, или же оно остроe, угловатое, напр. иглы, куски костей, рыбьи косточки и т. д. Для удаленія этихъ тѣлъ, если не удается захватить ихъ пальцемъ, употребляется множество инструментовъ, которые Linhartd [1]) дѣлитъ на два класса.

Къ первому классу принадлежатъ щипцы, которыми тѣло захватывается сверху. Они могутъ быть примѣнимы только въ томъ случаѣ, когда постороннее тѣло не шарообразно и не вколотилось въ глотку или же оно находится въ верхнемъ отверстіи пищевода. Если же тѣло находится ниже верхняго отверстія, то щипцы непримѣнимы, потому что съ одной стороны ихъ нельзя раскрыть, а съ другой—вслѣдствіе кривизны они будутъ прилегать только къ передней стѣнкѣ пищевода. Самые употребительные изъ щипцовъ есть корнцангъ и глоточные щипцы.

Ко второму классу принадлежатъ инструменты, имѣющіе такое устройство, что ими можно извлечь постороннее тѣло чрезъ ротъ и протолкнуть далѣе внизъ. Для этой цѣли существуетъ большое число инструментовъ, но всѣ они, кромѣ англійскаго глоточнаго крючка, не цѣлесообразны. Этотъ послѣдній инструментъ вводится въ пищеводъ также какъ зондъ при катетеризаціи его, нужно только крючекъ сильно придавливать къ боковой стѣнкѣ глотки, чтобы провести его впередъ мимо посторонняго тѣла. Когда это сдѣлано, осторожно извлекаютъ инструментъ, а съ нимъ вмѣстѣ и постороннее тѣло. Лучше всего извлекать инструментъ во время рвотныхъ движеній, потому что иначе тѣло можетъ проскользнуть мимо его.

Для извлеченія иглъ и мелкихъ остроконечныхъ костныхъ осколковъ обыкновенно употребляется глоточный проталкиватель (китоусовый прутъ съ губкой на концѣ), но его трудно провести впередъ мимо посторонняго тѣла, поэтому Linhardt говоритъ, что было бы гораздо цѣлесообразнѣе прикрѣпить къ глоточному крючку цилиндрическій кусокъ сухой губки, которая нѣсколько разбухаетъ въ то время, какъ ее продержатъ нѣсколько секундъ ниже посторонняго тѣла и при извлеченіи инструмента остроконечное тѣло вкалывается въ губку.

Извлеченіе постороннихъ тѣлъ изъ пищевода много зависитъ отъ счастливой случайности, такъ что часто менѣе опытному хирургу удастся успѣшно произвести операцію, послѣ того какъ искусный хирургъ безуспѣшно перепробовалъ всѣ средства.

Сѣченіе пищевода или oesophagotomia употребляется въ тѣхъ случаяхъ, когда инороднаго тѣла нельзя извлечь чрезъ ротъ или когда это тѣло не можетъ и не должно быть протолкнуто въ желудокъ. Кромѣ того, эта операція еще производится въ тѣхъ случаяхъ съуженій начальной части пищевода, когда питаніе больнаго есте-

---

[1]) Linhardt, Руководство къ оперативной хирургіи, русск. перев., 1880 г., т. II, стр. 228-229.

ственнымъ путемъ дѣлается невозможнымъ и когда хирургъ уже истощилъ всѣ средства для расширенія стриктуры. Здѣсь эта операція производится только для того, чтобы кормить больнаго и не дать ему умереть голодною смертью. Изъ этихъ показаній видно, что эта операція одна изъ самыхъ рѣдкихъ. Въ нашей клиникѣ за послѣднія 5 лѣтъ было только два случая эзофаготоміи и оба раза производилась по поводу постороннихъ тѣлъ, застрявшихъ въ начальной части пищевода. Вотъ краткія исторіи болѣзней этихъ случаевъ.

Первый случай. Больной мѣщанинъ *Тимофѣй Федоровъ* 48 лѣтъ отъ роду. явился въ клинику 17-го марта 1881 года въ 8 часовъ вечера съ жалобой на то, что около 1 часа дня, желая быстро проглотить кусокъ телятины, онъ подавился хрящемъ и послѣ этого до сихъ поръ не можетъ проглотить даже глотка воды. Введеннымъ зондомъ нашли въ пищеводѣ постороннее тѣло приблизительно на уровнѣ 7-го шейнаго позвонка. Послѣ долгихъ попытокъ удалось изогнутыми щипцами вытащить небольшой кусочекъ хряща, остальную же большую часть нельзя было ни извлечь назадъ, ни протолкнуть впередъ. Такъ какъ никакихъ угрожающихъ явленій, въ родѣ затрудненія дыханія и т. д., не было и такъ какъ попытки извлеченія посторонняго тѣла длились уже около 2-хъ часовъ безъ всякаго успѣха, то больной оставленъ въ покоѣ до слѣдующаго дня. На слѣдующій день, послѣ нѣсколькихъ безуспѣшныхъ попытокъ извлечь тѣло, больному въ 5 часовъ по полудни сдѣлана была oesophagotomia по общепринятому способу.

Разрѣзъ по внутреннему краю m. sternocleido-mastoidei sinistri отъ перстневиднаго хряща до manubrium sterni. Послѣ разрѣза кожи и platysmae myoides было вскрыто влагалище m. sterno cleido mastoidei, затѣмъ этотъ мускулъ тупымъ крючкомъ отклоненъ кнаружи и по желобоватому зонду на всемъ протяженіи раны была расщеплена fascia media colli или fascia omo-clavicularis по наружному краю щитовидной железы. Послѣ этого частью рукояткой скальпеля, а частью пальцемъ была раздѣлена клѣтчатая ткань, находящаяся между щитовидной железой и влагалищемъ общей сонной артеріи; тупымъ крючкомъ, который оттягивалъ m. sterno-cleido-mastoideus, захвачены были сосуды и также оттянуты кнаружи, другимъ же крючкомъ оттянута была щитовидная железа. Теперь на позвоночномъ столбѣ ясно былъ виденъ пищеводъ въ видѣ кругловато-сплющеннаго валика, а въ нижнемъ углу раны arteria thyreoidea inferior, которая была перерѣзана между двумя лигатурами. Для вскрытія пищевода зондъ Vacca Berlinghieri не былъ нуженъ, такъ какъ пищеводъ былъ растянутъ постороннимъ тѣломъ, на уровнѣ котораго онъ былъ вскрытъ и безъ особеннаго труда былъ вытащенъ большой неровный кусокъ хряща. Чрезъ пищеводную рану введенъ былъ въ желудокъ зондъ, посредствомъ котораго кормили больнаго. На верхній уголъ раны пищевода наложено три кэтгутовыхъ шва; точно также верхній уголъ наружной раны былъ сшитъ шелковыми швами, а остальная часть раны оставлена открытой и наложены компрессы изъ Буровской жидкости.

19 Марта. Общее состояніе больнаго удовлетворительное; t° нормальна. Рана чиста.

20 Марта. Рана безъ всякой реакціи, суха и выглядитъ грязно; незначительное, клочковатое, грязное отдѣленіе издаетъ запахъ. Общее состояніе удовлетворительно. t°— нормальна.

21 Марта.—Рана еще грязнѣе и вонючѣе, на днѣ ея скопляется тягучая, клочковатая, издающая дурной запахъ жидкость, которая часто удаляется кусочками ваты.

22 Марта.—Въ 2 часа ночи у больнаго изъ раны было сильное артеріальное кровотеченіе, которое остановилось послѣ перевязки лѣвой общей сонной артеріи въ ранѣ съ обоихъ концовъ. Однако больной потерялъ около $1^1/_2$ ф. крови и у него появились припадки острой анеміи, которые скоро прошли послѣ примѣненія возбуждающихъ средствъ.

23—25 Марта.—t° нормальна. Рана очищается, отдѣлилось нѣсколько клочьевъ омертвѣлой ткани. Общее состояніе больнаго удовлетворительно.

26 Марта.—Сегодня утромъ у больнаго былъ первый знобъ. t=39; chinin внутрь.

27—31 Марта.—У больнаго было нѣсколько потрясающихъ знобовъ. Рана съ боковъ очистилась, но на днѣ находятся омертвѣлые клочья ткани и небольшое количество темной жидкости, издающей отвратительный запахъ. Печень и селезенка увеличены. Общее состояніе больнаго плохое, онъ сдѣлался вялъ и сонливъ. Пульсъ медленно падаетъ и 2-го Апрѣля въ 6 час. утра больной умеръ.

При вскрытіи найдено болѣе или менѣе сильно выраженное паренхиматозное воспаленіе внутреннихъ органовъ, плевритъ и различной величины гангренозные фокусы въ обоихъ легкихъ. Около же раны найдено флегманозное воспаленіе клѣтчатки, распространившееся въ задній грудной промежутокъ.

Второй случай. Больная *Анна Благовѣщенская*, 35 лѣтъ отъ роду, поступила въ клинику 22-го Января 1885 года. *Anamnesis.* 8 дней тому назадъ больная ѣла за обѣдомъ пирожокъ, начиненный рубленой говядиной и почувствовала, что подавилась костью. Не смотря на всѣ попытки и усилія проглотить кость, больная ничего не добилась. Обѣдъ продолжать не могла и съ трудомъ проглотила одну или двѣ ложки жидкаго киселя. Къ вечеру того же дня глотаніе сдѣлалось почти невозможнымъ по причинѣ сильной болѣзненности. Всякая попытка проглотить даже жидкость сопровождалась такою сильною болью въ самомъ пищеводѣ и лѣвой половинѣ груди, что больная отказалась отъ всякой пищи и съ трудомъ маленькими глотками пила миндальное молоко. На другой день больная обратилась къ врачу, который, осмотрѣвши полость рта, зѣва и гортани зеркаломъ, увѣрилъ больную, что онъ кромѣ царапины ничего не находитъ. На третій день послѣ происшествія у больной появилась припухлость шеи въ нижней ея части. Больная нѣсколько разъ была у того же врача, который не находилъ ничего, кромѣ царапины, въ пищеводѣ. Однако больная ночи проводила безъ сна, ничего не ѣла, по временамъ ее знобило и припухлость на шеѣ увеличивалась. На 8-й день она обратилась въ клинику.

Status praesens. Больная чрезвычайно блѣдная и истощенная, кожа суха и горяча на ощупь; пульсъ частый, малый, легко сжимаемый. На шеѣ, въ области щитовидной железы и надключичномъ треугольникѣ, замѣтна рѣзкая припухлость, развитая наиболѣе съ лѣвой стороны, такъ что лѣвая грудино-сосковая мышца была приподнята и смѣщена кнаружи; на правой замѣчалось то же самое, только менѣе рѣзко выражено. Arteriae carotides прощупывались смѣщенными кнаружи. Вся припухлость симулировала зобъ, не симетрично развившійся. Въ полости рта и глотки ничего ненормальнаго не найдено. При катетеризаціи пищевода зондомъ съ оливой средней величины, онъ прошелъ до желудка свободно, но, послѣ его извлеченія, больная тотчасъ же откашлянула зловонный гной и вмѣстѣ съ нимъ кусокъ кости длиною до 6 или 8 сант. Въ виду несомнѣннаго прободенія пищевода и гнойнаго скопленія въ окружающей его клѣтчаткѣ сейчасъ же было приступлено къ вскрытію гнойнаго фокуса и oesophagotomiae по вышеописанному способу и когда была вскрыта fascia omo-clavicularis, то изъ разрѣза выдѣлилось значительное количество зловоннаго гноя. Когда рана была очищена отъ гноя и клочьевъ омертвѣлой ткани, чрезъ ротъ введенъ былъ зондъ и по нему найдено было отверстіе, ведущее изъ пищевода въ окружающую клѣтчатку. Это отверстіе пищевода было немного расширено и чрезъ него проведенъ былъ зондъ для кормленія. Рана дезинфекцирована 5% растворомъ карболовой кислоты, осушена и присыпана іодоформомъ. Въ глубину раны вставленъ толстый дренажъ. На правой сторонѣ шеи былъ произведенъ такой же широкій разрѣзъ, также вскрыта fascia omo-clavicularis, но гноя не найдено. Верхняя часть раны сшита, введенъ дренажъ и присыпана іодоформомъ. Обѣ раны покрыты компрессомъ, смоченнымъ въ Буровской жидкости.

Вечеромъ больная чувствуетъ себя хорошо. Кормленіе чрезъ зондъ. t=39, P=120. Рана дезинфекцирована и осушена.

23 Января.—Ночь провела спокойно, хотя мало спала. Снова рана дезинфекцирована 5% растворомъ карболовой кислоты и тщательно осушена. Компрессы мѣняются по мѣрѣ

ихъ высыханія t=38,4. P=100. Въ 12 часовъ дня больная чувствуетъ сильную боль и колотье въ правой половинѣ груди, незначительный кашель и одышка. Подъ кожу впрыснуто морфій. Вдыханіе Ol. therebintinae чрезъ Вульфову склянку. Вино. Вечеромъ дыханій 40. На боль въ боку не жалуется; на вопросы неохотно отвѣчаетъ t=38,7.

24 Января. t=38,3. P=130. R=34. Ночь провела безъ сна, изрѣдка впадая въ полузабытье. При перкуссіи оказалось рѣзкое притупленіе на правой половинѣ груди сзади, вибрація ослаблена и слышно слабое везикулярное дыханіе, а выше неопредѣленный выдыхъ. Вечеромъ t=38, P=140, суточное количество мочи 500 к. с. Самочувствіе плохое.

25 Января.—Не смотря на всевозможныя возбуждающія средства, постепенно развивалось затрудненіе дыханія, пульсъ падалъ и больная умерла.

При вскрытіи найденъ правосторонній гнилостный плевритъ, незначительныя измѣненія въ паренхиматозныхъ органахъ и флегмонозное воспаленіе околопищеводной клѣтчатки.

Изъ этихъ двухъ исторій болѣзней видно послѣдовательное леченіе больныхъ post oesophagotomiam и неблагопріятныя послѣдствія, встрѣчающіяся послѣ этой операціи, изъ которыхъ самое частое и самое опасное,—это прогрессивное нагноеніе околопищеводной клѣтчатки и распространеніе на плевру, легкія и задній грудной промежутокъ, что влечетъ за собою смерть.

Кромѣ того, могутъ быть различной величины потери вещества въ пищеводѣ вслѣдствіе нагноенія или омертвѣнія. Въ этихъ случаяхъ при заживленіи могутъ получиться съуженія пищевода, а иногда и фистула. При съуженіи обыкновенно употребляютъ расширеніе зондами и бужами, а фистулу стараются закрыть частой каутеризаціей или пластикой.

Раны пищевода рѣдко составляютъ самостоятельныя явленія; онѣ большею частію сопровождаются поврежденіями сосѣднихъ органовъ и чаще всего поврежденіями гортани или дыхательнаго горла, что весьма понятно изъ анатомическаго положенія этого органа. Онѣ встрѣчаются рѣдко; могутъ быть произведены колющимъ, рѣжущимъ и огнестрѣльнымъ оружіемъ. Пироговъ [1]) сообщаетъ о двухъ случаяхъ раненій пищевода, изъ коихъ въ одномъ рана нанесена была рогомъ быка, въ другомъ—рожномъ. Оба больные умерли вслѣдствіе глубокихъ гнойныхъ затековъ въ окружности съ разрушеніемъ около-лежащихъ частей. У Mondière'а [2]) есть случай, гдѣ офицеръ во время фехтованія получилъ рапирой ударъ въ полость рта, причемъ рапира, прорвавъ небную занавѣску, попала въ пищеводъ и ранила среднюю часть его. Больнаго съ трудомъ удалось излечить. Кромѣ того острыя постороннія тѣла, попадая въ пищеводъ, могутъ прорвать его изнутри кнаружи. Эти раны наиболѣе опасны, такъ какъ онѣ вызываютъ флегмонозное воспаленіе около-пищеводной клѣтчатки, какъ это было въ случаѣ, описаннымъ мною выше.

Рѣзанныя раны пищевода бываютъ продольныя и поперечныя; послѣднія случаются почти исключительно при покушеніяхъ на самоубійство и сопровождаются раненіями сосудовъ и дыхательныхъ путей. Онѣ рѣдко бываютъ полными и въ этихъ случаяхъ

---

[1]) Пироговъ, Начало общей военно-полевой хирургіи, ч. I, стр. 408, 1866.

[2]) Mondière, Noté sur quelques maladies de l'oesophage, Arch. gén. de méd., 2 s., 1833, t. II, p. 504. Nelaton, Хирургическая патологія, русск. пер., ч. III, стр. 359. 1859.

края ихъ мало расходятся. Но если пищеводъ совершенно перерѣзанъ, то онъ значительно сокращается и вмѣстѣ съ дыхательнымъ горломъ можетъ скрываться даже за грудную кость, особенно при глубокомъ вдыханіи, такъ что рана можетъ зіять на ширину ладони и при заживленіи стѣнка пищевода можетъ зарубцеваться съ кожей шеи, образуя губообразный свищъ пищевода. Въ одномъ изъ такихъ случаевъ Hüter'у [1]) удалось закрыть свищъ съ помощью пластической операціи.

Продольныя раны пищевода обыкновенно излечиваются безъ шва, такъ какъ онѣ не зіяютъ, но при поперечныхъ по Jobert'у слѣдуетъ накладывать швовъ и Bogman [2]) этимъ путемъ получилъ prima intentio. Напротивъ, Пироговъ [3]) считаетъ швовъ «вовсе не практичнымъ, такъ какъ ткани пищевода вовсе не наклонны къ сращенію per primam». Онъ совѣтуетъ ограничиться введеніемъ желудочнаго зонда для искусственнаго питанія больнаго, чѣмъ предотвращается попаденіе пищи въ рану и инфицированіе ея, а Jarjavay [4]) совѣтуетъ еще придать головѣ согнутое положеніе, чѣмъ достигается соединеніе краевъ раны. Nelaton [5]) и Fischer [6]) совершенно основательно признаютъ, что при неполныхъ поперечныхъ ранахъ пищевода наложеніе шва не необходимо, такъ какъ множество наблюденій доказываютъ возможность заживленія подобныхъ ранъ вслѣдствіе однаго приличнаго положенія раненаго и одновременнаго введенія зонда въ пищепріемникъ, а съ другой стороны были случаи, въ которыхъ, несмотря на швовъ, оставались свищи. При полныхъ же поперечныхъ ранахъ пищевода необходимо ввести въ нижнюю часть зондъ для кормленія раненаго. Эти раны очень опасны и послѣ нихъ часто остаются свищи на всю жизнь.

Порѣзы и поколы, наносимые пищеводу сбоку, могутъ поранить одинъ только пищеводъ; но эти поврежденія очень рѣдки и хотя онѣ скоро заживаютъ, все-таки на первыхъ порахъ необходимо питать больнаго чрезъ зондъ во избѣжаніе попаданія пищи въ окружающую клѣтчатку. Огнестрѣльныя раны пищевода, вслѣдствіе глубокаго положенія органа, встрѣчаются рѣдко; такъ американскій [7]) отчетъ содержитъ въ себѣ 10 ранъ пищевода. Пироговъ также рѣдко ихъ встрѣчалъ. Онѣ обыкновенно сопровождаются значительными разрушеніями важныхъ и многочисленныхъ сосѣднихъ органовъ, но несомнѣнно могутъ заживать, если разрушенія не особенно велики. Пуля можетъ задѣть пищеводъ, проходя сквозь шею съ одной стороны на другую и внѣдриться затѣмъ въ одинъ изъ позвонковъ, точно также можетъ произойти только ушибъ, который впослѣдствіи можетъ повести къ прободенію. Выхожденіе пули съ испражненіями позволяетъ заключить о прободеніи пищевода. Какъ примѣръ этого рода, Пироговъ [8]) приводитъ случай Бодана, гдѣ было «прободеніе пищепріемника пулею безъ всякихъ опасныхъ припадковъ; пуля отошла на 17-й день съ испражненіями per

---

[1]) Hüter, Общая и частная хирургія, рус. пер. 1883. Т. II, ч. 1, стр., 362.

[2]) Fischer, Болѣзни шеи, русск. пер., отд. 44 хирургіи Бильтора и Люккe. 1880. стр. 215.

[3]) Пироговъ, l. c., ч. I, стр. 408 и 409.

[4]) Jarjavay, Traité d'anatomie chirurgicale, t. II, Paris. 1854. p. 159.

[5]) Nelaton, l. c., p. 360.

[6]) Fischer, l. c., s. 216.

[7]) Fischer, l. c., s. 210.

[8]) Пироговъ, l. c., стр. 411., ч. I.

annn. Раненый выздоровѣлъ». Послѣ пулевыхъ раненій пищевода при заживленіи могутъ получиться фистулы и Jarjavay [1]) приводитъ случай Trioen (obs. med. chir., p. 40), который наблюдалъ солдата, получившаго огнестрѣльную рану ниже щитовиднаго хряща; верхняя часть трахеи была снесена вмѣстѣ съ передней стѣнкой пищевода. При заживленіи получилась фистула, въ которую вставляли воронку и кормили несчастнаго раненаго.

Теперь остается мнѣ сказать еще о томъ, что пищеводъ, вслѣдствіе своего тѣснаго соотношенія съ многочисленными важными органами, при заболѣваніи можетъ вліять на эти сосѣдніе органы, точно также и наоборотъ—при заболѣваніи этихъ послѣднихъ пищеводъ можетъ страдать. Но во избѣжаніе повтореній, мнѣ кажется, лучше отнести это къ клиническому отдѣлу.

Этіологія.

Этіологія рака пищевода, какъ вообще раковаго процесса и въ другихъ органахъ, покрыта еще глубокимъ мракомъ. Однако въ настоящеее время извѣстны многіе моменты, способствующіе развитію этого страданія. Относительно частоты этой болѣзни, въ сравненіи съ раковымъ процессомъ другихъ органовъ, мнѣніе авторовъ таково, что эта болѣзнь рѣдко встрѣчается. По статистикѣ Tanchou [2]), необладающей положительною точностію, на 9118 смертныхъ случаевъ отъ раковыхъ заболѣваній въ Сенскомъ департаментѣ за 10 лѣтъ (1830—1840), на ракъ пищевода приходится только 13 случаевъ. Большею точностью отличается таблица, составленная Marc d'Espine'омъ [3]) для Женевы за 7 лѣтъ (1838—1845 гг.); по этой таблицѣ изъ 471 случая смерти отъ рака, на раковый процессъ пищевода приходится 8 случаевъ, а по Lebert'у [4]) изъ 409,—9. Zenker [5]) изъ 5079 вскрытій нашелъ первичный ракъ пищевода 13 разъ=0,25%, кромѣ того 6 случаевъ вторичнаго рака, распространившагося отъ желудка, что составитъ 0,11%. Напротивъ, по Крузенштерну [6]) въ Обуховской больницѣ въ С.-Петербургѣ ракъ пищевода въ сравненіи съ другими органами встрѣчается относительно часто. Такъ за 7 лѣтъ (1877—1883) на секціонномъ столѣ было 330 вскрытій труповъ умершихъ отъ рака, изъ нихъ на ракъ пищевода приходится 56 случаевъ. Въ Академической Хирургической Клиникѣ за послѣднія 6 лѣтъ (съ Сентября 1880 по май 1886 г.) было вообще всѣхъ больныхъ 1127 (792 мужч. и 335 женщ.); изъ этого числа страдающихъ ракомъ было 141 (100 мужч. и

---

[1]) Jarjavay, l. c., p. 159.

[2]) Gustave Marchand,—Contribution à l'étude des néoplasies de l'oesophage et en particulier des accés de suffocation et de la pseudo-angine de poitrine. Thèse de Paris, 1880. p. 11.

[3]) Hermann Gosebruch;—Ueber carcinom des Oesophagus. Diss. 1874. Berlin.

[4]) Lebert,—Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer. Paris. 1851.

[5]) Zenker und Ziemssen,—Болѣзни пищевода, Русск. пер. 1880. стр. 150.

[6]) Крузенштернъ,—Изслѣдованія о ракѣ пищевода, Дисс. 1885, С.-Петербургъ.

11 женщ.), изъ нихъ на ракъ пищевода пришлось 32. Число всѣхъ аутопсій за этотъ промежутокъ времени было 63, изъ нихъ число всѣхъ вскрытій умершихъ отъ рака различныхъ органовъ=26, изъ коихъ на ракъ пищевода приходится 11, что составляетъ 42,3%. Такой большой процентъ раковыхъ заболѣваній пищевода по нашей статистикѣ объясняется чисто случайными причинами и въ рѣшеніи вопроса относительно частоты этого заболѣванія не имѣетъ никакого значенія. Дѣло въ томъ, что въ нашу клинику отовсюду собираются больные съ различными хроническими болѣзнями. По этой же причинѣ у насъ слишкомъ часто встрѣчаются спондилиты и кокситы, процентъ которыхъ при вычисленіи получился бы такой же огромный.

Относительно *наслѣдственности* рака пищевода статистическія данныя, существующія въ литературѣ, мало дали положительныхъ результатовъ и обыкновенно почти всѣ авторы приводятъ случай Gaitskell'я [1]), гдѣ сынъ, отецъ и дѣдъ умерли отъ раковаго съуженія пищевода. Однако англійскіе авторы,—Morell Mackenzie и Richardson были гораздо счастливѣе французскихъ и нѣмецкихъ. Они принимаютъ, что наслѣдственное вліяніе является весьма сильнымъ. Изъ 60 случаевъ Mackenzie [2]) въ 11 кто-нибудь изъ членовъ семьи больнаго страдалъ ракомъ, а въ одномъ изъ нихъ отецъ паціента умеръ отъ стриктуры пищевода, а Richardson изъ 10 больныхъ не зналъ ни одного, въ родствѣ котораго не было бы случаевъ заболѣванія злокачественнымъ новообразованіемъ.

Наши больные большею частію были люди не интеллигентные, при распросахъ о болѣзняхъ родственниковъ обыкновенно отказывались дать какія либо указанія: только въ трехъ случаяхъ мы могли констатировать несомнѣнное наслѣдственное предрасположеніе. Первый изъ нихъ былъ діаконъ Преображенскій, 50 лѣтъ, у котораго отецъ умеръ отъ съуженія пищевода, довольно быстро развившагося; второй мѣщанинъ Егоръ Зиминъ, 32 лѣтъ, отецъ котораго находился въ нашей клиникѣ по поводу раковой опухоли щеки и третій мясникъ Иванъ Бушмаринъ, братъ котораго умеръ отъ стриктуры пищевода 53 лѣтъ отъ роду. Всѣ эти больные, также какъ и родственники ихъ, были сильные потаторы.

Весьма существенно предрасположеніе опредѣляется, какъ вообще и при другихъ ракахъ, *возрастомъ*. Наши больные по возрасту и полу распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

Лѣта	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65	66—70	Итого.	Средній возрастъ.
Мужчинъ	1	10	8	16	10	17	5	1	68	50.6
Женщинъ. . . .	1	4	2	6	3	1	3	1	21	49.7

[1]) Lacour,—Etude sur le cancer de l'oesophage. Thése de Paris. 1881, p. 10.

[2]) Morell Mackenzie,—Lectures on cancer of the oesophagus. Medical Times and Gazette. Juini 17. 1876, p. 649.

Изъ этой таблицы видно, что наибольшее число заболѣваній встрѣчалось въ возрастѣ отъ 46 до 60, т. е. 53 случая или 3/5 части всѣхъ случаевъ. Слѣдовательно въ нашихъ наблюденіяхъ ракъ пищевода чаще встрѣчался въ пожиломъ возрастѣ и рѣже въ старческомъ. То же самое мы находимъ и у Крузенштерна [1]), по статистикѣ котораго изъ 60 случаевъ въ возрастѣ отъ 46 до 60 лѣтъ было 34 случая. У иностранныхъ же авторовъ ракъ пищевода чаще встрѣчается въ болѣе пожиломъ возрастѣ, что видно изъ слѣдующаго сопоставленія таблицъ:

Лѣта	20—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81 и старше.	Всѣхъ.
Mackenzie	—	8	28	34	24	6	—	100
Zenker	—	1	5	4	3	1	1	15
Ziemssen	—	2	4	7	5	—	—	18
Petri [2]) муж.	4	1	6	17	5	3	—	36
» жен.	—	—	1	1	1	—	—	3
Lebert	—	—	—	4	5	—	—	9
Lacour	—	7	18	32	отъ 60	до 80=32	1	90
Béhier [3])	3 сомнительн.	4	10	11	10	3	2	43
Marchand	—	—	7	4	13	—	—	24
Итого	7	23	79	114	98	13	4	338

Итакъ наибольшее число заболѣваній по иностраннымъ авторамъ наблюдается въ возрастѣ отъ 50 до 70 лѣтъ.

Кромѣ того ракъ пищевода, въ противоположность другимъ ракамъ, чаще всего наблюдается у мужчинъ. Среди нашихъ больныхъ было 68 мужчинъ и 21 женщина. Изъ 60 больныхъ Крузенштерна было 34 мужч. и 26 женщ. Mackenzie изъ 100 имѣлъ 71 мужч. и 29 женщ. По свидѣтельству этого послѣдняго автора д-ръ Habershon даетъ таблицу 21 случая, изъ нихъ 15 мужч. и 6 женщ. Zenker и Ziemssen изъ 33 больныхъ имѣли 28 мужч. и 5 женщ. У Petri изъ 44 было 41 мужч. и только 3 женщ. У Lebert'а изъ 9 было 8 мужч. и только одна женщина. Marchand изъ 30 больныхъ имѣлъ 26 мужч. и 4 женщ. Béhier изъ 49 имѣлъ 37 мужч. и

[1]) Крузенштернъ,—l. c., стр. 8.
[2]) Petri. Ueber 44 Fälle von Krebs der Speiseröhre; Diss. Berlin. 1868.
[3]) Béhier, l. c. p. 51.

12 женщ. Относительно возраста мужчинъ и женщинъ у меня оказывается, что средній возрастъ для мужчинъ=50,6; для женщинъ=49,7 т. е. что мужчины, страдающіе ракомъ пищевода, вообще старше женщинъ. То же самое, но въ болѣе рѣзкой степени, мы находимъ у Mackenzie, у котораго средній возрастъ для мужчинъ—52,43; а для женщинъ=44,5 и у Habershon'а имѣющаго средній возрастъ мужчинъ=56,5; а женщинъ=46,5. Наоборотъ, у Крузенштерна и у Petri средній возрастъ женщинъ, умершихъ отъ раковаго съуженія пищевода, выше; по Petri средній возрастъ для мужчинъ=52,66, а для женщинъ=55 лѣтъ; по Крузенштерну же средній возрастъ мужчинъ=50, а женщинъ 56,3. Мой матеріалъ и матеріалъ д-ра Крузенштерна долженъ бы быть одинаковымъ, а между тѣмъ при вычисленіи средняго возраста для мужчинъ и женщинъ, заболѣвающихъ ракомъ пищевода, получается разногласіе. Вѣроятно для рѣшенія этого вопроса нужны большія цифры, чѣмъ тѣ, которыя мы имѣемъ. Во всякомъ случаѣ твердо установленъ тотъ фактъ, что ракомъ пищевода мужчины заболѣваютъ несравненно чаще женщинъ, по Lacour [1]) въ 5 или 6 разъ болѣе и «это, говоритъ Mackenzie [2]), тѣмъ болѣе замѣчательно, что вообще отъ рака умираетъ вдвое больше женщинъ, чѣмъ мужчинъ». Объясненіе этого факта по Mackenzie и Zenker'у [3]) нужно искать въ томъ обстоятельствѣ, что мужчины гораздо чаще подвержены весьма вѣроятнымъ производящимъ болѣзнь причинамъ, между которыми прежде всего стоитъ *пьянство*, которое съ одной стороны само по себѣ можетъ служить предрасполагающимъ моментомъ, такъ какъ оно ослабляетъ способность сопротивленія организма, а съ другой—этотъ порокъ сопровождается обжорствомъ, обремененіемъ желудка съ ихъ послѣдствіями, отрыжкой и рвотой, торопливой ѣдой, причемъ иногда проглатываются громадные куски горячей пищи, которая подчасъ приправлена слишкомъ острыми пряностями,—все это подвергаетъ слизистую оболочку пищевода разнообразнѣйшимъ инсультамъ. Это же самое относится и къ тѣмъ больнымъ, которыхъ хотя и нельзя назвать пьяницами, но между тѣмъ они пользуются слишкомъ роскошнымъ столомъ. Сюда же относятся и тѣ больные, которые по своимъ занятіямъ принуждены питаться неправильно, слишкомъ торопливо, причемъ получаются ожоги, ушибы и царапины на слизистой оболочкѣ пищевода. Среди нашихъ больныхъ, умѣренно пьющихъ спиртные напитки, преимущественно водку (умѣренный potator), найдено 9 мужч. и 3 женщ.; въ порядочномъ количествѣ пьющихъ (порядочный potator), причемъ нерѣдко бывающихъ пьяными—13 мужч. и 2 женщ.; пьяницъ и запоемъ пьющихъ (сильный patator)—1 женщ. и 14 мужч., изъ коихъ у 4-хъ по нѣскольку разъ былъ delirium tremens patatorum, а всѣхъ потаторовъ=42, т. е. почти половина всѣхъ случаевъ. Кромѣ того, въ пяти случаяхъ сами больные опредѣленнѣйшимъ образомъ приписывали начало своей болѣзни ожогѣ горячей пищей, а въ одномъ случаѣ—царапинѣ сухой булкой при торопливой ѣдѣ.

Нѣкоторые авторы указываютъ еще на существованіе повторныхъ ангинъ, какъ на причину раковой дегенераціи пищевода, а Graef [4])—на неумѣренное куреніе табаку.

---

[1]) Lacour,—l. c., p. 10.

[2]) Mackenzie,—l. c., p. 650.

[3]) Zenker и Ziemssen,—l. c., стр. 161

[4]) Béhier,—l. c., p. 95.

Среди нашихъ больныхъ четверо очень много курили и у нихъ найдено было хроническое воспаленіе глотки. Кромѣ того въ одномъ случаѣ больной въ продолженіи 3-хъ лѣтъ страдалъ частыми воспаленіями глотки, послѣ чего у него явились всѣ припадки раковаго съуженія шейной части пищевода. Подобный случай описалъ Richard [1]).

О другихъ вліяніяхъ, указываемыхъ авторами, какъ то сифилисъ, простуда, рубцы пищевода и т. д. по нашимъ случаямъ судить невозможно, такъ какъ показанія больныхъ были слишкомъ сбивчивы и неопредѣленны. Но Zenker и Ziemssen [2]) говорятъ, что вопросъ—не отличаются-ли рубцы пищевода расположеніемъ къ раковому пораженію—заслуживаетъ тщательнаго изслѣдованія. Morell Mackenzie [3]) обращаетъ еще вниманіе на то, что ракъ пищевода можетъ развиться на почвѣ функціональнаго разстройства этого органа. Этотъ фактъ онъ много разъ наблюдалъ и для иллюстраціи приводитъ случай, гдѣ бѣдная женщина, 45 лѣтъ отъ роду, крайне нервная, въ продолженіи 10 лѣтъ страдала разстройствомъ глотанія чисто нервнаго происхожденія. Впослѣдствіи у ней развилась эпителіома пищевода, отъ которой черезъ годъ она и умерла. Еще болѣе поразительный случай разсказанъ у Everard Home [4]). Одна дама чувствовала нѣкоторое затрудненіе при глотаніи почти отъ самаго рожденія и въ послѣдніе 13 лѣтъ своей жизни страдала крайней дисфагіей. Въ послѣднія 6 недѣль она не могла проглотить ничего твердаго. Послѣ смерти въ средней $^1/_3$ пищевода было найдено раковое пораженіе этого прохода съ изъязвленіемъ и распространеніемъ на легочную ткань.

Кромѣ того, д-ръ Крузенштернъ [5]) обращаетъ вниманіе на часто встрѣчающіяся сращенія грудныхъ плевръ, которыя въ извѣстной степени должны измѣнять конфигурацію и подвижность пищевода и еще обращаетъ вниманіе на измѣненія въ положеніи желудка вслѣдствіе его сращеній съ сосѣдними органами. Эти причины вѣроятно составляютъ, такъ сказать, одинъ изъ механическихъ этіологическихъ моментовъ. Изъ этихъ механическихъ причинъ гораздо большаго вниманія заслуживаютъ искривленія позвоночника, вліяющія на положеніе пищевода, затѣмъ окостенѣніе перстневиднаго хряща и увеличеніе бронхіальныхъ лимфатическихъ железъ. Изъ нашихъ больныхъ одинъ съ искривленіемъ позвоночника (kypho-scoliosis), оставшагося послѣ лѣвосторонняго плеврита и одинъ съ окостенѣніемъ перстневиднаго хряща страдали ракомъ пищевода.

Заканчивая обзоръ этіологическихъ моментовъ рака пищевода, нужно признаться, что всѣ вышеизложенныя производящія причины далеко еще не доказаны, онѣ только, такъ сказать, намѣчены, а рѣшеніе этихъ вопросовъ принадлежитъ будущему.

---

1) Behier,—l. c., p. 100.
2) Zenker и Ziemssen,—l. c., стр. 162.
3) Mackenzie,—l. c., p. 650.
4) Цит. по Mackenzie.
5) Крузенштернъ,—l. c., стр. 12.

Патологическая Анатомія.

Раковое новообразованіе можетъ развиться въ любой части пищевода, но вообще этою болѣзнію поражаются такія мѣста, которыя больше подвергаются механическимъ инсультамъ, какъ напр. на уровнѣ задней пластинки перстневиднаго хряща, дѣленій дыхательнаго горла, на мѣстахъ перекрещиванія съ аортой и лѣвымъ бронхомъ и въ мѣстѣ прохожденія сквозь hyatus oesophageus діафрагмы. Относительно вопроса, гдѣ чаще всего наблюдается ракъ, мнѣнія авторовъ чрезвычайно разнорѣчивы. Между тѣмъ какъ по Рокитанскому [1]) «чаще всего поражается ракомъ верхняя половина грудной части пищевода, нежели нижній конецъ его», Köhler [2]) и почти всѣ французскіе авторы,—Mondière [3]), Lebert [4]) и позднѣе Лабульбенъ [5]) принимаютъ, что обыкновеннымъ мѣстомъ рака служатъ оба конца прохода. Rindfleisch [6]) и Klebs [7]) утверждаютъ, что средняя часть, въ частности-же мѣсто, соотвѣтствующее раздвоенію дыхательнаго горла, служитъ самымъ обычнымъ мѣстомъ пребыванія рака. Напротивъ того Birch-Hirschfeld [8]), Förster [9]), Führer [10]) и Ziegler [11]) принимаютъ нижній конецъ пищевода передъ cardia за самое обыкновенное мѣсто развитія рака, по Förster'у въ $^1/_2$ всѣхъ случаевъ, а Führer объясняетъ это тѣмъ анатомическимъ фактомъ, что железы пищевода чѣмъ ближе къ мѣсту входа въ желудокъ, тѣмъ «становятся многочисленнѣе и разрастаются въ вѣтвистыя ацинозныя, а эти послѣднія вездѣ имѣютъ большое предрасположеніе къ раковому перерожденію».

Понятно, что такая путаница можетъ быть устранена только статистикой, превосходное начало которой положено не Petri, какъ утверждаютъ нѣмецкіе авторы Zenker и Ziemssen [12]), а еще знаменитымъ французскимъ патолого-анатомомъ Lebert'омъ, [13]) который изъ 9 своихъ случаевъ встрѣтилъ ракъ въ верхней части 4 раза, въ средней—2 и въ нижней—3 раза. Держась формы этой статистики, нѣкоторые авторы тщательно составили таблицы и если мы прибавимъ къ этимъ таблицамъ свои случаи и случаи

---

[1]) Rokitansky,—Руководство къ частной Патологической Анатоміи. Русск. пер., 1857.. час. II, стр. 184.

[2]) Köhler,—Die Krebs=und Scheinkrebs=krankheiten des Menschen. Stuttgart, 1853, S. 246,

[3]) Mondière,—Recherches pour servir à l'histoire de l'oesophagite aigue et chronique.—Archives génerales de médecine. Paris. T. XXV. 1831, p. 385.

[4]) Lebert,—l. c., p. 442.

[5]) Лабульбенъ,—Новые элементы патологической Анатоміи описательной и гистологической, Русск. пер. 1879, вып. 1-й, стр. 134.

[6]) Rindfleisch,—Lehrbuch der patholog. Gewebelehre. Рус. пер. 1869. стр. 558.

[7]) Klebs,—Handbuch der patholog. Anatomie. Рус. пер. 1871. вып. I, стр. 111.

[8]) Birch-Hirschfeld,—Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Bd. II. 2 Lfg.. Leipzig. 1884, S. 508.

[9]) Förster.—Handbuch der Speciellen Pathologischen Anatomie. Zweite Auflage, Leipzig. 1863, S. 59:

[10]) Führer,—Handbuch der chirurgischen Anatomie. Erste Abth., Berlin, 1857, S. 416.

[11]) Ziegler,—Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie. Zweiter Theil. Erste Abth. Jena. 1883, S. 288.

[12]) Zenker и Ziemssen,—l. c. стр. 152.

[13]) Lebert,—l. c. p. 442.

всѣхъ гастростомій [1]), произведенныхъ французскими, нѣмецкими, англійскими и русскими хирургами, въ которыхъ указано мѣстоположеніе рака, то у насъ получится слѣдующая таблица:

АВТОРЫ.	Въ верхней трети.	Въ средней.	Въ нижней.	Въ верхней и средней.	Въ средней и нижней.	Въ всѣхъ трехъ третяхъ.	ВСЕГО.
Petri.	2	13	18	1	8	1	43
Zenker	2	1	6	2	3	1	15
Крузенштернъ	3	30	14	2	11	—	60
Mackenzie.	44	28	22	—	Нижняя половина = 6	—	100
Наши случаи.	10	18	61	—	—	—	89
Наши препараты	3	2	4	—	2	—	11
Французскіе случаи гастростомій. . .	4	2	3	1	—	—	10
Нѣмецкіе.	8	3	22	1	3	—	37
Англійскіе	13	11	14	1	1	—	40
Русскіе.	2	12	15	—	1	—	30
Итого	91	120	179	8	35	2	435

Изъ этой таблицы видно, что чаще всего ракомъ поражается нижняя треть, менѣе часто—средняя и рѣже всего—верхняя. Одинъ только Mackenzie утверждаетъ противное, а между тѣмъ случаи англійскихъ гастростомій показываютъ, что ракъ нижней трети пищевода наблюдается немного чаще или по крайней мѣрѣ также часто, какъ и ракъ верхней трети.

Въ большинствѣ случаевъ новообразованіе является въ кольцеобразной или поясной формѣ, высота кольца равняется 3—8 сант.; оно бываетъ иногда не полнымъ, при этомъ слизистая оболочка въ видѣ узкой полосы часто остается нетронутой, какъ это было въ 6 случаяхъ у Крузенштерна и въ 12 случаяхъ у Petri. Наблюдались

[1]) Исторіи болѣзни больныхъ, которымъ сдѣлана гастростомія, мы читали у L. H. Petit.—Traité de la Gastrostomie, Paris. 1879; у Zesas'a—Die Gastrostomie und ihre Resultate. Langenbeck's Archiv, Bd. XXXII. S. 188 и весьма многіе по оригинальнымъ работамъ.

*

однако и такія формы, которыя ограничивались одною лишь стѣнкою пищевода въ видѣ бляшки или островка; эту форму ошибочно Lebert [1]) считаетъ за самую обыкновенную. Наши препараты представляютъ кольцеобразныя формы пораженій, занимающія ограниченное пространство пищевода и только въ одномъ случаѣ (препаратъ у больнаго Петра Михайлова) ракъ занималъ всю нижнюю половину его. Нѣкоторые авторы,—Ribbentrop [2]), Zenker [3]) и Petri [4]), наблюдали даже и такія рѣдкія формы пораженія, гдѣ ракъ распространялся на весь пищеводъ, начиная съ самаго его начала до кардіи, вслѣдствіе чего пищеводъ имѣлъ видъ толстой кишки. Обыкновенно ракъ пищевода развивается изъ одного узла и даже тамъ, гдѣ кольцо представляется вполнѣ закрытымъ, не существуетъ отдѣльныхъ гнѣздъ. Этотъ вопросъ имѣетъ огромное значеніе при удаленіи рака шейной части пищевода. Однакоже иногда вблизи главнаго гнѣзда замѣчаютъ одинъ или два мелкихъ островка, совершенно отдѣленныхъ отъ главнаго. Такіе узлы Крузенштернъ встрѣтилъ на своихъ препаратахъ 6 разъ. Тоже наблюдалъ Nicaise [5]). Крайне рѣдко встрѣчаются такія формы пораженій, гдѣ существуютъ два отдѣльныхъ гнѣзда довольно одинаковой степени развитія, такъ что трудно рѣшить, идетъ ли здѣсь дѣло о необыкновенно ранней и потому достигшей высшаго развитія диссеминаціи или же о двухъ съ самаго начала совершенно самостоятельныхъ гнѣздахъ. Таковы случаи Schuh [6]) и Zenker'а [7]); у перваго изъ этихъ авторовъ одна раковая язва, превратившая стѣнку пищевода въ толстый цилиндръ, сидѣла вблизи кардіи, а другая—въ средней трети пищевода, но у втораго только одно мѣсто посрединѣ пищевода, въ 4 сант. длины, было совершенно свободно отъ рака, тогда какъ во всей верхней части и въ нижней находились обширныя раковыя изъязвленія. Такой же случай наблюдалъ Gallard [8]), гдѣ одно раковое съуженіе было въ верхней части, а второе немного ниже средней части, болѣе узкое, чѣмъ первое; между этими съуженіями пищеводъ былъ расширенъ и содержалъ пищевыя вещества; стѣнки расширенной части не были поражены ракомъ. Кромѣ того, въ выходной части желудка найдена была величиною съ вишню раковая опухоль не изъязвившаяся.

Вначалѣ раковая опухоль пищевода представляется въ видѣ узла или бляшки, болѣе или менѣе возвышающейся надъ уровнемъ слизистой оболочки, съ рѣзкими или разлитыми краями, съ гладкой или сосочковой, а иногда бугристой поверхностью. Инфильтрированная сѣровато-бѣлыми массами и утолщенная слизистая оболочка сростается съ мускульнымъ слоемъ, теряетъ свою подвижность, растяжимость и морщиноватость; въ то же время довольно рано мышечный слой пищевода гипертрофируется, иногда на значительномъ протяженіи. Мало-по-малу инфильтрація ново-

---

[1]) Lebert, l. c. p. 442 и 443.
[2]) Ribbentrop, Preuss. Vereins-Zeitung, 1849. № 9.
[3]) Zenker und Ziemssen, l. c., стр. 151.
[4]) Petri, l. c.
[5]) Nicaise, Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, t. XI, 1885, p. 485.
[6]) Schuh, Ueber die Erkenntniss der Pseudoplasmen. Wien. 1851. s. 252.
[7]) Zenker und Ziemssen, l. c., стр. 151 и 156.
[8]) Gallard, Leçons de clinique médicale. Paris. 1872, p. 19—32.

образованными массами распространяется какъ по поверхности слизистой оболочки такъ и въ глубину въ видѣ сѣровато-бѣлыхъ полосъ, пронизывающихъ гипертрофированный мышечный слой, который постепенно уничтожается; наконецъ и наружная клѣтчатка тоже инфильтрируется, утолщается и дѣлается плотной. Такимъ образомъ, стѣнка пищевода во всей своей толщѣ на извѣстномъ протяженіи кругомъ инфильтрируется, утолщается иногда до 3 сант., теряетъ свою растяжимость и дѣлается твердой и неподвижной, вслѣдствіе чего развивается важнѣйшее для картины рака пищевода измѣненіе, а именно *съуженіе*, которое, какъ указываетъ вышеприведенная таблица, чаще всего встрѣчается въ нижней, рѣже въ средней и наиболѣе рѣдко въ верхней трети. Какъ скоро инфильтратъ сдѣлается поясным, а иногда даже и раньше, вслѣдствіе различныхъ механическихъ вредныхъ вліяній, главнымъ образомъ раздраженія при прохожденіи пищи, застрѣванія частицъ ея и ихъ гніенія, новообразованіе съ внутренней стороны цѣликомъ или же по частямъ начинаетъ распадаться и такимъ образомъ получается язва съ неправильными отвороченными и инфильтрированными краями, съ мелко-зернистымъ или же бугристымъ, а иногда сосочковымъ дномъ; «чѣмъ мягче и сочнѣе новообразованіе, говоритъ Klebs [1]), тѣмъ быстрѣе оно распадается». Большею частью язвы бываютъ поясными и только рѣдко занимаютъ одну стѣнку пищевода. На всѣхъ своихъ препаратахъ мы нашли поясную язву и только въ одномъ случаѣ (препаратъ объ больной Ольги Гавриленко) небольшое изъязвленіе находилось на задней стѣнкѣ пищевода. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ раковыя массы могутъ быть разрушены до такой степени, что язва принимаетъ видъ простой гангренозной язвы. Такой случай мы имѣемъ на препаратѣ отъ больнаго Вилина, гдѣ для доказательства раковой природы язвы намъ пришлось микротомомъ изрѣзать 16 кусочковъ, взятыхъ изъ различныхъ мѣстъ язвы; подобные же случаи мы находимъ у Petri [2]),—№№ 28 и 34 и у Zenker'a [3]). Rokitansky [4]) даже принимаетъ, что послѣ такихъ полныхъ разрушеній можетъ произойти радикальное излеченіе съ рубцовымъ съуженіемъ пищевода, но, къ сожалѣнію, въ пользу этого, особнякомъ стоящаго мнѣнія, нѣтъ никакихъ фактическихъ доказательствъ.

Что касается до состоянія остальныхъ частей пищевода непораженныхъ раковымъ новообразованіемъ, то обыкновенно находятъ, что та часть органа, которая находится подъ съуженіемъ, бываетъ нормальна. Но Béhier [5]) замѣчаетъ, что «довольно обыкновенно эта часть пищевода постепенно съуживается и теряетъ свой нормальный калибръ. Это сокращеніе органа происходитъ вслѣдствіе того закона патологической физіологіи, въ силу котораго всякій мышечно-перепончатый проходъ, какъ только перестаетъ функціонировать, стремится сократиться безъ явныхъ измѣненій въ строеніи стѣнокъ». Напротивъ того въ отдѣлѣ пищевода, лежащемъ выше съуженія, большею частію находятъ нѣкоторыя измѣненія. Чаще всего находятъ мышечную гипертрофію, главнымъ образомъ круговаго мышечнаго слоя; эта мышечная гипертрофія обыкно-

[1]) Klebs, l. c., s. 111.
[2]) Petri, l. c.
[3]) Zenker и Ziemssen, l. c., стр. 154.
[4]) Rokitansky, l. c., часть I, стр. 278.
[5]) Béhier, l. c. p. 92.

венно распространяется на небольшое протяженіе и весьма рѣдко она является по всему протяженію до глотки, но всегда въ убывающей степени снизу вверхъ. Она большею частью выражена незначительно, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ «мышечный слой пищевода, какъ утверждаютъ Zenker и Ziemssen [1]), можетъ достигнуть значительной толщины, до 5 mm. и болѣе и въ этихъ случаяхъ онъ представляетъ видъ плотнаго, просвѣчивающаго, какъ студень, слоя, получающаго отъ отвѣсно пронизывающихъ его бѣлыхъ соединительно-тканныхъ полосъ форму вѣера». То же самое говоритъ и Förster [2]). Здѣсь гипертрофія мышцъ развивается вслѣдствіе постояннаго упражненія ихъ при усиленныхъ движеніяхъ для продвиганія пищевыхъ веществъ чрезъ съуженное мѣсто; слѣдовательно, на нее здѣсь нужно смотрѣть какъ на vis medicatrix naturae. Съ другой стороны, рядомъ съ мышечной гипертрофіей идетъ разростаніе соединительной ткани, которая пронизываетъ мышечный слой въ видѣ бѣлыхъ полосъ, что, по словамъ Zenker'а и Ziemssen'а, даетъ утолщенной мышечной оболочкѣ видъ вѣера. Damachino [3]) видѣлъ только разростаніе соединительной ткани между мышечными пучками, но истинной гипертрофіи мышечной ткани не нашелъ. Напротивъ того г. Крузенштернъ [4]) во многихъ своихъ случаяхъ встрѣчалъ не гипертрофію, но напротивъ атрофію мышечнаго слоя, которая «наблюдалась главнымъ образомъ при высокой локализаціи раковъ или въ такихъ случаяхъ, гдѣ раковая инфильтрація распространялась вверхъ преимущественно въ глубокихъ слояхъ стѣнокъ пищевода». Но къ сожалѣнію этотъ послѣдній авторъ не говоритъ, въ чемъ состояли атрофическія явленія.

Другое важное измѣненіе, которому подвергается часть пищевода, лежащая выше съуженія, состоитъ въ ея расширеніи. Это расширеніе, по мнѣнію почти всѣхъ авторовъ, бываетъ не всегда, но оно наблюдается довольно часто и большею частью выражено незначительно, но въ рѣдкихъ случаяхъ дѣло доходитъ до очень значительныхъ расширеній. Оно рѣзче всего выражено тотчасъ надъ съуженіемъ и по направленію вверхъ постепенно уменьшается. Появленіе этихъ расширеній объясняютъ механической причиной, вслѣдствіе наполненія и застоя пищевыхъ веществъ и слизи надъ съуженной частью пищевода, почему обыкновенно находятъ, что расширеніе бываетъ тѣмъ рѣзче выражено, чѣмъ ниже находится съуженіе и Zenker и Ziemssen [5]) назвали эти расширенія *застойными*. Но уже Béhier [6]) не удовлетворяется такимъ объясненіемъ, тѣмъ болѣе, что при рубцовыхъ съуженіяхъ расширенія вышележащей части пищевода наблюдаются гораздо рѣже, чѣмъ при раковыхъ стриктурахъ, а между тѣмъ условія въ обоихъ случаяхъ должны бы быть одинаковыми. Поэтому онъ еще допускаетъ здѣсь, кромѣ механическихъ причинъ, уменьшеніе сопротивляемости сократительной оболочки пищевода, а Zenker и Ziemssen прямо говорятъ: «пока мышечный слой сохраняетъ свою сократительность, до тѣхъ поръ пищевыя вещества, задержи-

[1]) Zenker und Ziemssen, l. c., стр. 29.
[2]) Förster, l. c., s. 60—61.
[3]) Marchand, l. c., p. 16—17.
[4]) Крузенштернъ, l. c., стр. 18.
[5]) Zenker und Ziemssen, l. c., стр. 41.
[6]) Béhier, l. c., p. 89—90.

ваемыя въ своемъ передвиженіи внизъ существующимъ съуженіемъ, быстро отрыгаются назадъ; вслѣдствіе этого дѣло не доходитъ до продолжительнаго застоя пищи, а слѣдовательно и до расширенія. Только когда мышечная энергія истощена отъ чрезмѣрнаго напряженія, когда сократительность мышечнаго слоя, обыкновенно гипертрофированнаго, болѣе или менѣе подорвана процессами перерожденій, — только тогда можетъ имѣть мѣсто накопленіе пищевыхъ веществъ и, слѣдовательно, постоянное расширеніе».

Наконецъ рядомъ съ мышечной гипертрофіей и расширеніемъ вышележащей части пищевода иногда еще находятъ легкое утолщеніе слизистой оболочки и ея эпителія, что, вѣроятно, зависитъ отъ реактивнаго воспаленія, вызываемаго какъ самимъ новообразованіемъ, такъ и остатками пищи, подвергающимися нерѣдко здѣсь гніенію.

Вообще всѣ авторы, какъ клиницисты, такъ и паталого-анатомы говорятъ о послѣдовательныхъ измѣненіяхъ пищевода очень кратко и въ общихъ чертахъ, явно заимствуя другъ отъ друга. Спеціальныхъ-же работъ объ этомъ предметѣ нѣтъ или по крайней мѣрѣ я нигдѣ не могъ найти. Что-же касается нашихъ препаратовъ, то я тоже не изслѣдовалъ ихъ въ этомъ направленіи, но при аутопсіяхъ мы обращали на это вниманіе и оказалось, что только въ одномъ случаѣ (препар. отъ Ерофѣева) было небольшое расширеніе вышележащей части пищевода, причемъ оболочки этой части были нѣсколько утолщены, а слизистая оболочка гиперемирована, сочна и немного разрыхлена. Въ остальныхъ-же 10 случаяхъ мы никакихъ видимыхъ измѣненій не замѣчали, кромѣ небольшой гипереміи частей вблизи съуженія.

Дальнѣйшее распространеніе рака пищевода происходитъ, какъ и при другихъ ракахъ, троякимъ путемъ: путемъ *непосредственнаго продолженія*, *диссеминацій и метастазовъ;* при этомъ нужно замѣтить, что при ракѣ пищевода этотъ послѣдній способъ распространенія бываетъ гораздо рѣже, чѣмъ при раковомъ пораженіи другихъ органовъ.

Путемъ *непосредственнаго продолженія* ракъ верхней части пищевода переходитъ на глотку, но это бываетъ рѣдко, какъ и вообще рѣдокъ ракъ верхней части. Наоборотъ, ракъ нижней части пищевода довольно часто переходитъ на кардію и желудокъ. Среди нашихъ препаратовъ нѣтъ ни одного, гдѣ бы ракъ верхней части пищевода распространялся на глотку; тогда какъ ракъ нижней части пищевода распространялся на кардію и желудокъ въ двухъ случаяхъ (препараты отъ больныхъ Петра Михайлова и Осипова).

Гораздо важнѣе и разнообразнѣе бываютъ переходы *по смежности тканей* (per contiguitatem). Этимъ путемъ могутъ поражаться не только тѣ органы, которые соприкасаются съ пищеводомъ, но и лежащіе въ нѣкоторомъ отдаленіи отъ него; вслѣдствіе этого происходятъ крайне разнообразныя осложненія, чрезвычайно запутывающія клиническую картину основной болѣзни, поэтому чрезвычайно важно хорошо ихъ изучить и подробно разсмотрѣть всѣ возможныя случайности.

Чаще всего ракъ пищевода переходитъ на органы дыханія, при этомъ можетъ поражаться гортань, дыхательная трубка съ ея вѣтвями и легкія съ плевральными мѣшками.

Переходъ рака пищевода на гортань случается очень рѣдко; при этомъ новообра-

зованныя массы изъ пищевода переходятъ на глотку и слизистую оболочку гортани, какъ это было въ одномъ случаѣ у Крузенштерна [1]), а въ случаѣ Destrée [2]), кромѣ пораженія задней стѣнки гортани, ракъ почти совершенно уничтожилъ epiglottis. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдались даже перфораціи задней стѣнки гортани (Monro) [3]).

Самое частое осложненіе рака верхней половины пищевода происходитъ со стороны дыхательной трубки и ея вѣтвей; при этомъ задняя перепончатая стѣнка трахеи инфильтрируется раковыми массами и путемъ язвеннаго распада новообразованія часто устанавливаются ненормальныя сообщенія пищевода съ дыхательнымъ горломъ. Среди нашихъ препаратовъ въ двухъ случаяхъ найдены перфораціи задней стѣнки дыхательнаго горла (препараты отъ Алексѣева и Киселева). Крузенштернъ [4]) ихъ встрѣтилъ 2 раза. Прободеніе въ трахею особенно часто наблюдалъ Mackenzie [5]),—въ 20 случаяхъ и преимущественно около мѣста дѣленія на бронхи. Изъ 44 случаевъ Petri сообщеніе съ дыхательной трубкой было найдено 4 раза. Иногда новообразованныя массы, инфильтрируя перепончатую стѣнку дыхательнаго горла, выростаютъ въ видѣ опухоли и вдаются въ просвѣтъ трахеи. Такихъ случаевъ намъ встрѣтилось два: у больныхъ Капна и Павловой; у перваго больнаго при аутопсіи на задней стѣнкѣ дыхательной трубки, на 4 сант. ниже перстневиднаго хряща, найдена была конусообразная, сидящая на широкомъ основаніи, опухоль величиною въ лѣсной орѣхъ, вдающаяся въ просвѣтъ трубки. У второй больной, вслѣдствіе затрудненія дыханія, пришлось дѣлать трахеотомію и здѣсь на задней стѣнкѣ дыхательнаго горла встрѣтилась опухоль, съуживающая просвѣтъ трубки. Совершенно такіе же случаи наблюдали Lancereaux и Herard [6]). Сюда же относится случай Schmitt'a [7]), гдѣ на задней стѣнкѣ трахеи, на уровнѣ ея раздвоенія, найдена опухоль величиною въ орѣхъ, почти совершенно закупоривающая отверстіе лѣваго бронха.

Нѣсколько рѣже поражаются бронхи, при этомъ ракъ пищевода можетъ переходить какъ на правый бронхъ, такъ и на лѣвый. Mackenzie [8]) наблюдалъ перфорацію праваго бронха 7 разъ, а лѣваго 4 раза; Крузенштернъ [9])—перфорацію праваго бронха 1 разъ, а лѣваго 3 раза. Въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдалось прободеніе въ оба бронха. Béhier [10]) приводитъ случай Salneuve'a, гдѣ ракъ пищевода перфорировалъ трахею и оба бронха заразъ; а въ случаѣ Duriau была перфорирована трахея одновременно съ лѣвымъ бронхомъ.

Кромѣ того раковое пораженіе иногда переходитъ на заранѣе уже воспалительно оплотнѣвшую клѣтчатку задняго межлегочнаго пространства или шеи, которая вслѣдствіе этого утолщается лишь умѣренно и разлитымъ образомъ, плотно склеивается

[1]) Крузенштернъ,—l. c., случ. 27.
[2]) Destrée,—La presse médicale Belge, 1881, XXXIII, № 5, p. 33.
[3]) Цит. по Крузенштерну—стр. 29.
[4]) Крузенштернъ, l. c., стр. 29.
[5]) Mackenzie, l. c., Medical Times and Gazette. Juli 22. 1876. p. 81.
[6]) Lacour, l. c., p. 72.
[7]) Schmitt, Revue médicale de l'Est, t. XIV, 1882. Nancy. p. 491.
[8]) Mackenzie, l c., p. 81, Iuli 22, 1876.
[9]) Крузенштернъ, l. c., стр. 30.
[10]) Béhier, l. c., p. 83.

со стѣнкой пищевода, увеличивая ея толщину. Но, съ другой стороны, она можетъ образовать опухоль, иногда очень большую, которая сдавливаетъ дыхательное горло или оттѣсняетъ его въ сторону. Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ (препар. отъ Каина) ракъ верхней части пищевода перешелъ въ клѣтчатку правой половины шеи и образовалъ большую опухоль, помѣщающуюся позади и снаружи большихъ сосудовъ шеи и распространяющуюся отъ перстневиднаго хряща до дуги аорты. Эта опухоль распалась и образовала сообщеніе съ пищеводомъ. Трахея была оттѣснена влѣво и впередъ. Béhier [1]) приводитъ случай Coulon'а, гдѣ ракъ пищевода сжалъ трахею и оттолкнулъ ее впередъ. Прижатіе дыхательнаго горла у Крузенштерна [2]) отмѣчено въ 4-хъ случаяхъ, а прижатіе бронховъ—въ 8-ми. Подобные же случаи Marchand [3]) собралъ изъ французской литературы (obs: II, XII, XIV,). Suzanne [4]) наблюдалъ случай, гдѣ ракъ средней трети пищевода въ видѣ опухоли съ малое яблоко сильно прижалъ правый бронхъ и перфорировалъ лѣвый. Кромѣ того можетъ случиться, что ракъ пищевода можетъ образовать сообщеніе съ одной стороны съ дыхательнымъ горломъ или съ однимъ изъ бронховъ, а съ другой—съ какимъ либо другимъ органомъ. Сюда относится случай Robert'а [5]), гдѣ ракъ верхней трети пищевода образовалъ ненормальное сообщеніе съ дыхательнымъ горломъ и съ правой плеврой на уровнѣ верхушки легкаго.

Кромѣ того весьма нерѣдко ракъ верхней трети пищевода осложняется пораженіемъ возвратныхъ нервовъ, точно также какъ ракъ средней и нижней трети—пораженіемъ блуждающихъ нервовъ; при этомъ нервные стволы могутъ страдать отъ послѣдовательнаго воспалительнаго процесса, могутъ плотно прирости къ наружной стѣнкѣ раковой опухоли, такъ что съ большимъ трудомъ отсепаровываются; но иногда они вовлекаются въ массу опухоли, пронизываются раковыми клѣтками и вслѣдствіе этого со временемъ атрофируются. Среди нашихъ препаратовъ въ двухъ случаяхъ (препар. отъ Алексѣева и Каина) наблюдалось пораженіе блуждающихъ и возвратныхъ нервовъ и въ одномъ случаѣ (препар. отъ Вилина) пораженъ былъ одинъ правый n. vagus. Случаи пораженія возвратныхъ и блуждающихъ нервовъ собраны у Marchand'а [6]), Lacour'а [7]) и Lemaitre'а [8]). Сюда же относятся случаи Michaux [9]), Desnos [10]) и Ganzinotty [11]).

Въ рѣдкихъ случаяхъ ракъ пищевода переходитъ на плевру или легкое. По свидѣтельству Béhier [12]) еще Vigla замѣтилъ, что, согласно анатомическому расположенію

---

[1]) Béhier, l. c., p 82.

[2]) Крузенштернъ, l. c., стр. 26.

[3]) Marchand, l. c.

[4]) Suzanne, Journal de médecine de Bordeaux. № 2. p. 15. 1884—1885.

[5]) Robert, Bulletins de la société anatomique de Paris, s. 4, t. V, 1880. p. 372.

[6]) Marchand, l. c.

[7]) Lacour. l. c.

[8]) Lemaitre, Complications pleuro—pulmonaires du cancer de l'oesophaqe. Thèse de Paris. 1880.

[9]) Michaux, Le progrès médical. Paris. 1879. p. 469.

[10]) Desnos, Revue mensuelle de médecine et de chirurgie. Paris. 1879. p. 49.

[11]) Ganzinotty, Revue médicale de l'Est., t. XVI, 1884, Nancy. p. 358.

[12]) Béhier, l. c., p. 85.

пищевода и аорты, правая плевра и правое легкое чаще всего поражаются при ракѣ верхней половины пищевода и наоборотъ лѣвая плевра и лѣвое легкое чаще и скорѣе— при ракѣ нижней половины; при этомъ могутъ быть перфораціи плевры или легкихъ, такъ что пищеводъ можетъ сообщаться съ плевральной полостью или легкимъ то непосредственно, то посредствомъ фистулезнаго хода или же сообщеніе устанавливается съ помощію абсцесса. Ракъ, переходя на легкое, разростается несравненно сильнѣе и если онъ помѣщается около корня легкаго, что бываетъ нерѣдко, то можетъ произвести прижатіе крупныхъ воздухоносныхъ трубокъ. Впослѣдствіи новообразованіе распадается, вслѣдствіе чего образуются большія неправильныя пещеры, которыя могутъ сообщаться съ пищеводомъ и содержать въ себѣ, кромѣ зловоннаго распада, пищевыя вещества. Если же раковое новообразованіе пищевода прорываетъ плевру и устанавливается сообщеніе пищевода съ плевральной полостью, то развивается быстротечный плевритъ и при вскрытіи иногда находили въ плевральной полости даже пищевыя вещества; но иногда, какъ напр. въ случаѣ Wardrop'а [1]), плевральныя сращенія ограничиваютъ воспалительный процессъ и тогда образуются чрезвычайно разнообразной величины полости, которыя, если находятся въ сообщеніи съ пищеводомъ, могутъ содержать, кромѣ гнилостнаго распада, и пищевыя вещества. Примѣровъ перехода рака пищевода на легкое и плевру можно найдти почти въ каждой спеціальной работѣ: ихъ много собрано у Béhier, Lacour, Marchand; ихъ описали Крузенштернъ, Mackenzie, Zenker и Ziemssen и т. д. Изъ нашихъ случаевъ только въ одномъ (преп. отъ больн. Петра Михайлова) ракъ пищевода перешелъ на корень праваго легкаго, ткань котораго вблизи этого мѣста гепатизирована, сѣраго цвѣта; плевра нижней доли этого легкаго покрыта фибринознымъ налетомъ.

Нѣсколько рѣже дыхательныхъ органовъ при ракѣ пищевода поражается сосудистая система; при этомъ можетъ поражаться сердце съ около-сердечной сумкой и кровеносные сосуды, а чаще всего аорта, вслѣдствіе близкаго ея соприкосновенія съ пищеводомъ. Новообразованныя массы, инфильтрируя стѣнки кровеносныхъ сосудовъ, могутъ прорваться въ полость ихъ и произвести перфорацію, вслѣдствіе чего является смертельное кровотеченіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ между стѣнками кровеноснаго сосуда и опухолью пищевода можетъ произойти сращеніе иногда на очень большомъ пространствѣ. Такъ, въ одномъ случаѣ Крузенштерна [2]) почти вся грудная аорта была сращена съ пищеводомъ. Изъ нашихъ препаратовъ въ одномъ случаѣ (препар. отъ Евсѣевой) съ пищеводомъ была сращена грудная аорта, въ другомъ (преп. отъ Канна)— правые carotis communis и vena jugularis, а у больнаго Петра Михайлова ракъ пищевода перфорировалъ аорту, вслѣдствіе чего явилось смертельное кровотеченіе. Вообще перфорація большихъ сосудовъ встрѣчается рѣдко, не смотря на то, что подобные случаи, какъ замѣчательные въ казуистическомъ отношеніи, описывались въ литературѣ довольно часто, и Lebert [3]) говоритъ, что «прободеніе кровеносныхъ сосудовъ составляетъ скорѣе одиночное, исключительное явленіе, чѣмъ обычное; артеріальные стволы очень долго

---

[1]) См. Béhier, p. 85.

[2]) Крузенштернъ, l. c., случ. 3.

[3]) Lebert, l. c., p. 444.

сопротивляются раковому перерожденію». Такое же мнѣніе выражаетъ и Rokitansky [1]. Mackenzie [2]) въ 100 случаяхъ ни разу не наблюдалъ прободенія въ крупные артеріальные стволы. У Крузенштерна [3]) изъ 60 случаевъ въ одномъ произошло прободеніе въ грудную аорту; въ одномъ—найденъ былъ разрывъ пищеводной артеріи и одинъ разъ было найдено вскрытіе art. intercostalis I dextrae. Béhier [4]) приводитъ нѣсколько примѣровъ перфораціи аорты и между прочимъ случай Bucquoy'я, гдѣ не было прямаго вскрытія аорты въ пищеводъ, но аортальное сообщеніе устанавливалось при помощи изъязвленной пищеводной артеріи. Lacour [5]) приводитъ 5 случаевъ перфораціи аорты, одинъ случай перфораціи лѣвой сонной, одинъ—правой подключичной и одинъ—правой легочной. Rokitansky [6]) также упоминаетъ о перфораціи въ правую легочную артерію. Brunon [7]) описываетъ случай, гдѣ въ верхней половинѣ пищевода находились двѣ раковыя язвы, раздѣленныя здоровой слизистой оболочкой; на уровнѣ нижняго изъявленія аорта была срощена съ опухолью и стѣнка ея была инфильтрирована раковыми массами. При продольномъ разрѣзѣ аорты, на уровнѣ второй правой межреберной артеріи, найденъ раковый отпрыскъ, который въ видѣ неправильнаго, блѣдно-розоваго гриба вдавался въ полость аорты.

Ракъ пищевода рѣдко переходитъ на околосердечную сорочку; однако наблюдались случаи, гдѣ устанавливалось ненормальное сообщеніе полости ея съ пищеводомъ съ послѣдовательнымъ гнойнымъ или гнилостнымъ перикардитомъ съ примѣсью воздуха. Таковъ случай Tütel'я, приводимый Zenker и Ziemssen'омъ [8]). Béhier [9]), кромѣ этого случая, приводитъ еще наблюденіе Begbie. Гораздо чаще находятъ сердечную сорочку сросшейся съ опухолью пищевода; при этомъ вслѣдствіе реактивнаго воспаленія стѣнка ея значительно утолщается и даже иногда можетъ образоваться перикардитъ. Такъ Крузенштернъ [10]) наблюдалъ его 2 раза. Petri [11]) тоже нашелъ перикардитъ 2 раза. У нашихъ больныхъ это осложненіе ни разу не наблюдалось. Какъ крайняя рѣдкость въ литературѣ есть случай, описанный Hindenlang'омъ [12]) изъ клиники Проф. Bäumler'а, гдѣ ракъ пищевода перешелъ на лѣвое предсердіе. Такъ какъ другого подобнаго случая я нигдѣ не могъ найти, точно также и Hindenlang не нашелъ, то этотъ случай составляетъ до сихъ поръ unicum въ литературѣ и поэтому я позволяю себѣ привести его вкратцѣ.

---

[1]) Rokitansky. l. c., s. 184.

[2]) Mackenzie, l. c., p. 81.

[3]) Крузенштернъ, l. c., стр. 31.

[4]) Béhier, l. c., p. 87—88.

[5]) Lacour, l. c., p. 50 и 55—58.

[6]) Rotikansky, l. c., стр. 184.

[7]) Brunon, Bulletins de la Société anatomique de Paris, s. 4, t. V, 1880, p. 323 и le Progrès méd. 1880, p. 1063.

[8]) Zenker und Ziemssen.—l. c., стр. 108—109.

[9]) Béhier,—l. c. p. 87.

[10]) Круэенштернъ, l. c., стр. 31.

[11]) Petri, l. c.

[12]) Hindenlang,—Carcinoma oesophagi mit Perforation in den l. Vorhof.—Deutsche medicinische Wochenschrift, № 9. 1881, S. 105—111.

Мужчина 52 л., поденщикъ, поступилъ въ клинику 24 апрѣля 1880 года.

Anamnesis.—Съ февраля мѣсяца затрудненіе глотанія твердой пищи, которая останавливается на уровнѣ средины грудной кости; легкія покалыванія. Затрудненіе глотанія постепенно увеличивается. Въ началѣ марта можетъ глотать только жидкую пищу и то при вертикальномъ положеніи; частая регургитація, крови не было. Сильно исхудалъ и ослабѣлъ. Незадолго передъ поступленіемъ въ клинику явился кашель съ труднымъ отдѣленіемъ мокроты.

Starus praesens. — Больной крѣпкаго сложенія, худой, анемичный. Перкуссія и аускультація ничего важнаго не открываютъ. При зондированіи на 35—36 сант. отъ зубовъ найдено неопредолимое препятствіе. Послѣ пріема пищи регургитація почти тотчасъ же. Самые тонкіе зонды не проходятъ; питаніе черезъ клистиры. 26-го апрѣля зондированіе, зондъ останавливается на 33—34 сант. отъ зубовъ. Исхуданіе и ослабленіе дошло до крайности. Съ 15-го мая улучшеніе глотанія, а 5-го іюня хорошо глотаетъ полужидкую пищу. Зондъ однако не проходитъ и введеніе его болѣзненно. Общее состояніе улучшилось, вѣсъ поднялся на 3,5 kilogram. 8-го іюня утромъ знобъ съ головокруженіемъ, больной лежитъ въ кровати, аппетитъ уменьшился, жажда сильная; t=38, 1; P=92. При объективномъ изслѣдованіи ничего не найдено. Бечер. t=39,8 P.=100. Больной всталъ съ кровати, упалъ и ушибъ затылокъ; безсознаніе, которое скоро прошло. 11-го іюня ночью безпокоился, утромъ въ полномъ сознаніи. Къ 2-мъ часамъ больной безъ сознанія, не говоритъ, безсмысленно смотритъ и безпокоится. Параличей нѣтъ, чувствительность сильно понижена, легкій парезъ лѣваго facialis; лѣвая глазная щель не вполнѣ закрывается. 12-го іюня больной находится въ томъ же состояніи, t=40,4. Смерть въ 10 часовъ, а чрезъ 1/2 часа послѣ смерти t=in recto=42.

Аутопсія.—На лѣвой сторонѣ внутренней поверхности durae matris небольшое кровоизліяніе, явленія менингита; въ веществѣ мозга мѣстами размягченныя гнѣзда. Pericarditis (3—4 ложки гнойной жидкости). Въ заднихъ и нижнихъ частяхъ легкихъ—отечность. Въ пищеводѣ на 9 сант. выше cardiae, на уровнѣ 7-го груднаго позвонка, найдена раковая опухоль, величиной больше талера, изъязвленная, съ распадомъ; сращеніе съ бронхіальными вѣтвями и околосердіемъ, часть котораго соотвѣтственно предсердію инфильтрирована раковыми массами и склеена съ заднею поверхностью его рыхлыми фибринозными отложеніями. На задней поверхности лѣваго предсердія находится величиною въ марку размягченная часть, которую зондъ проходитъ одною своею тяжестью кругомъ этого мѣста ткани воспалены. Итакъ въ этомъ случаѣ прямой переходъ рака пищевода на околосердіе и лѣвое предсердіе вызвало неполное прободеніе послѣдняго. Смерть произошла вслѣдствіе эндокардита, развившагося при язвенномъ процессѣ и обусловившаго эмболическій (септическій) менингитъ и энцефалитъ, который предупредилъ полное прободеніе предсердія и смертельное кровоизліяніе.

Какъ я уже раньше упомянулъ, что ракъ пищевода путемъ непосредственнаго продолженія можетъ переходить въ окружающую пищеводъ рыхлую клѣтчатку, гдѣ, разростаясь, образуетъ большія опухоли. Эти опухоли впослѣдствіи распадаются, устанавливаются сообщенія съ пищеводомъ, а иногда прорываются въ клѣтчатку задняго груднаго промежутка и производятъ здѣсь воспаленіе и даже омертвѣніе ея на большомъ протяженіи, отчего является гноекровіе или гнилокровіе со всѣми послѣдствіями. Но иногда раковая опухоль пищевода сростается съ позвоночникомъ, вслѣдствіе чего происходитъ настоящее разростаніе костной ткани (hyperformation), какъ это наблюдалъ Graves [1]). Въ рѣдкихъ случаяхъ раковая опухоль переходитъ даже на тѣла позвонковъ, совершенно разрушаетъ костную ткань одного или нѣсколькихъ тѣлъ и,

---

[1]) Béhier,—l. c., p. 88.

вдаваясь въ видѣ холма въ каналъ позвоночника, сдавливаетъ спинной мозгъ и производитъ смертельную параплегію. Подобные случаи наблюдали Aussant [1]) и Zenker [2]). Въ этихъ обоихъ случаяхъ ракъ находился въ верхней половинѣ пищевода, да иначе не можетъ и быть, такъ какъ нижняя половина пищевода отдалена отъ позвоночника. Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ (преп. отъ Алексѣева) ракъ верхней части пищевода перешелъ на окружающую клѣтчатку и образовалъ большую опухоль, которая плотно была сращена съ тѣлами первыхъ пяти грудныхъ позвонковъ, которые однако не были повреждены. У Petri [3]) въ сл. 21 ракъ пищевода распространился на твердую оболочку спиннаго мозга въ области 9 и 10 грудныхъ позвонковъ, не затронувъ этихъ послѣднихъ, и вызвалъ размягченіе лѣваго задняго спинномозговаго столба, вслѣдствіе чего явилась параплегія, причемъ параличъ на лѣвой ниж. конечности былъ выраженъ рѣзче, чѣмъ на правой. Въ этомъ случаѣ ракъ пищевода прорвался въ задній грудной промежутокъ и вѣроятно распространился въ спинно-мозговой каналъ чрезъ межпозвоночныя отверстія.

Распространеніе рака пищевода путемъ *диссеминаціи* или разнесенія клѣтокъ, способныхъ къ размноженію, встрѣчается по Zenker'у и Ziemssen'у [4]) не очень рѣдко, при этомъ въ сосѣднихъ съ главнымъ фокусомъ тканяхъ находятся отдѣльные раковые узелки, величиною съ чечевицу и болѣе, которые, сливаясь между собою и съ главнымъ гнѣздомъ, способствуютъ увеличенію послѣдняго. Изъ нашихъ препаратовъ ни въ одномъ не было этихъ вторичныхъ узловъ. У Крузенштерна эти узлы были въ случ. 29 и 32.

При ракѣ пищевода наблюдаются *метастазы* въ другихъ органахъ. Относительно того вопроса, какъ часто при ракѣ пищевода наблюдаются переносы, Mondière [5]) говоритъ: «обыкновенно находятъ по длинѣ наружной поверхности пищевода пораженныя лимфатическія железы болѣе или менѣе перерожденныя», но по Béhier [6]) «это бываетъ далеко не такъ часто»; точно также и по Рокитанскому [7]) «ракъ пищевода въ большей части случаевъ встрѣчается одинъ въ организмѣ, т. е. рѣдко осложняется ракомъ въ другихъ органахъ». Lebert [8]), Förster [9]) и Köhler [10]) держатся того мнѣнія, что при ракѣ пищевода иногда встрѣчаются переносы въ лимфатическихъ железахъ, но метастазы въ отдаленные органы бываютъ очень рѣдко. Между тѣмъ какъ у Petri [11]) и Zenker'а [12]) метастазы наблюдались очень часто,—около 60%, изъ коихъ въ 20% переносы были отысканы только въ железахъ, а въ 40%, кромѣ железъ,

---

[1]) Béhier,—l. c., p. 89 и Mondière,—Arch. génér., T. XXX, p. 515,

[2]) Zenker und Ziemssen,—l. c., стр. 156—157.

[3]) Perti,—l. c.

[4]) Zenker und Ziemssen,—l. c. стр. 158.

[5]) Mondière, l. c., Ach. génér. de méd., 1831, t. XXV, p. 387.

[6]) Béhier, l. c., p 68.

[7]) Rokitansky, l. c., s. 184.

[8]) Lebert, l. c., p. 444—445.

[9]) Förster, l. c., s. 61.

[10]) Köhler, l. c., s. 249.

[11]) Petri, l. c.

[12]) Zenker und Ziemssen, l. c., стр. 159.

узлы были еще и въ другихъ органахъ. У Крузенштерна [1]) изъ 60 случаевъ только въ 5 отсутствовало вторичное пораженіе железъ и въ 11, кромѣ железъ, найдены были метастазы въ другихъ органахъ.

Изъ 11 нашихъ случаевъ въ 6 найдены метастазы, изъ нихъ въ 5 были поражены железы; въ одномъ случаѣ, кромѣ железъ, были найдены переносы и въ другихъ органахъ и въ одномъ найдены метастазы безъ пораженія железъ. Итакъ по нашимъ случаямъ и случаямъ Крузенштерна при ракѣ пищевода поражаются очень часто лимфатическія железы и гораздо рѣже находятся метастазы въ другихъ органахъ; это послѣднее противорѣчитъ статистикѣ Petri и Zenker'а.

При ракѣ пищевода обыкновенно прежде всего поражаются ближайшія, лимфатическія железы и чаще всего пищеводныя, трахеальныя, бронхіальныя и эпигастрическія, а при страданіи верхней трети пищевода поражаются и железы шеи—glandulae cervicales profundae inferiores, которыя находятся въ глубинѣ надключичной ямки, на плечевомъ сплетеніи и на лѣстничныхъ мышцахъ, равно какъ и въ углу, образуемомъ подключичной веной съ внутренней яремной. Рѣдко поражаются даже сонныя железы. Сначала въ железистой ткани находятся нѣсколько бѣлыхъ узелковъ, которые разростаются до того, что въ железѣ остаются только слѣды ея ткани; при этомъ вся железа увеличивается, капсула ея утолщается, въ окружающей ткани образуется реактивное воспаленіе, вслѣдствіе чего нѣсколько сосѣднихъ пораженныхъ железъ крѣпко соединяются между собою и образуютъ иногда большую опухоль, которая можетъ производить прижатіе сосѣднихъ органовъ, особенно самаго пищевода и бронховъ. Впослѣдствіи центральныя части железы размягчаются, въ нихъ образуется густая, желтоватаго цвѣта, масса, которая иногда прорывается чрезъ окружающую ихъ сумку и тогда образуются сообщенія со смежными органами, наприм. съ пищеводомъ, бронхами, а иногда съ околопищеводной клѣтчаткой и въ этомъ послѣднемъ случаѣ иногда образуются большія гнойныя скопленія.

Послѣ железъ метастазы при ракѣ пищевода часто наблюдаются въ печени; при этомъ можетъ быть найденъ одинъ или же нѣсколько узловъ, но иногда, какъ это было въ 3 случаяхъ у Крузенштерна [2]), печень сплошь была пронизана раковыми узлами, изъ которыхъ многіе были весьма значительной величины и размягчены въ центрѣ. Изъ нашихъ случаевъ только въ одномъ (препаратъ отъ Осипова) въ правой доли печени найдено было нѣсколько узловъ, величиною отъ конопляннаго зерна до лѣснаго орѣха. У Petri [3]) метастазы въ печени были найдены въ 9 случаяхъ, изъ нихъ въ 4—въ одной только печени безъ пораженія железъ. Такъ какъ всѣ переносы въ печени были найдены при ракѣ нижней части пищевода, то Petri думаетъ, что раковыя клѣтки были занесены сюда чрезъ нижнія пищеводныя вены, впадающія въ вены желудка, которыя изливаются въ воротную вену. Во всякомъ случаѣ этотъ путь для распространенія рака есть исключительный, такъ какъ извѣстно, что раковые элементы обыкновенно разносятся по лимфатическимъ путямъ.

Такъ же часто, какъ и въ печени, метастазы наблюдаются въ легкихъ, гдѣ иногда

---

[1]) Крузенштернъ, l. c., стр. 40 и 41.

[2]) Крузенштернъ, l. c., стр. 41.

[3]) Petri, l. c.

находятъ одинъ или нѣсколько узловъ; но иногда, какъ въ случаѣ Zenker'a [1]), ткань обоихъ легкихъ бываетъ пронизана довольно большимъ числомъ кругловатыхъ, блѣдно-сѣрыхъ, весьма сочныхъ узелковъ, величиною отъ горошины до вишневаго ядрышка и больше, сидящихъ то въ глубинѣ, то на поверхности. Изъ нашихъ случаевъ въ одномъ (препаратъ отъ Осипова) былъ найденъ метастатическій узелъ въ верхней долѣ праваго легкаго. Крузенштернъ и Petri нашли ихъ по три раза.

Рѣже заносные узлы наблюдаются въ почкахъ. Изъ нашихъ случаевъ въ одномъ былъ найденъ узелъ въ правой почкѣ. Крузенштернъ ихъ наблюдалъ 2 раза и притомъ оба раза въ обѣихъ почкахъ.

Въ грудобрюшной преградѣ заносные узлы были найдены въ одномъ нашемъ случаѣ (преп. отъ Яковлева); узлы находились въ ножкахъ діафрагмы и приэтомъ железы не были поражены. Въ этомъ же случаѣ кромѣ того найдены были узлы въ сальникѣ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдались метастазы въ сердцѣ. Въ 51 случ. д-ра Крузенштерна переносный узелъ величиною въ горошину помѣщался въ сосочковой мышцѣ лѣваго желудочка. То же самое наблюдалъ д-ръ Китаевскій [2]). Наконецъ, въ крайне рѣдкихъ случаяхъ при ракѣ пищевода наблюдались метастазы въ костяхъ. У Крузенштерна въ сл. 17 переносные узлы были найдены въ костяхъ черепа. Въ одномъ случаѣ Petri нашелъ ихъ въ лѣвой подвздошной и въ лобной костяхъ.

Въ пищеводѣ наблюдается почти исключительно плоско-эпителіальный ракъ. У Petri всѣ 44 случая принадлежатъ этому виду рака. Изъ 60 случаевъ Крузенштерна въ 57 былъ плоско-эпителіальный ракъ и по одному случаю цилиндрическаго рака, мелко-клѣточнаго обыкновеннаго рака и мозговика. Mackenzie [3]) изъ 100 случаевъ въ 68 нашелъ эпителіому, въ 18—скирръ и въ 14 энцефалоидъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи нашихъ препаратовъ оказалось, что въ 9 случаяхъ былъ плоско-эпителіальный ракъ и въ двухъ (препараты отъ Яковлева и Осипова) мелко-клѣточный обыкновенный ракъ съ большимъ развитіемъ соединительной ткани (волокнистый ракъ, Scirrhus). Въ этихъ послѣднихъ двухъ случаяхъ ракъ помѣщался въ нижней трети пищевода и только въ этихъ двухъ случаяхъ найдены были метастазы, кромѣ железъ, и въ другихъ органахъ, тогда какъ плоско-эпителіальный ракъ въ нашихъ случаяхъ давалъ метастазы въ однѣ ближайшія лимфатическія железы и ни въ одномъ случаѣ не было переносовъ въ другіе органы.

По изслѣдованіямъ Кармальта [4]) раковое разращеніе беретъ свое начало отчасти въ глубокихъ слояхъ эпителіальнаго покрова слизистой оболочки пищевода, отчасти въ эпителіи выводныхъ протоковъ слизистыхъ железъ. Микроскопическая картина срѣзовъ изъ нашихъ препаратовъ показываетъ вполнѣ типическую картину плоско-эпителіальнаго рака. Въ большинствѣ случаевъ слизистый и подслизистый слой пищевода были замѣщены разнообразной формы гнѣздами, состоящими изъ клѣтокъ пластинчатаго эпителія. Гнѣзда имѣли форму болѣе или менѣе круглую, овальную, кол-

---

[1]) Zenker und Ziemssen, l. c., стр. 159.

[2]) Китаевскій, «Врачъ» за 1882 г., №№ 37 и 39.

[3]) Mackenzie, l. c., p. 82.

[4]) Virchow's Archiv, t. 55, s. 481, 1872. См. Zenker und Ziemssen, стр. 150.

бовидную и иногда неправильно-цилиндрическую; отъ этихъ гнѣздъ нерѣдко отходили въ разныя стороны цуги эпителіальныхъ клѣтокъ, расположенныхъ большею частью въ нѣсколько рядовъ и рѣже въ одинъ рядъ. Часто видно, какъ эти цуги пробиваются сквозь мышечный слой пищевода, помѣщаясь между раздвинутыми мышечными волокнами. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ раковыя разращенія пронизывали всю толщу пищеводной стѣнки и помѣщались въ наружной, окружающей пищеводъ, клѣтчаткѣ и здѣсь на нѣкоторыхъ препаратахъ видно было пронизываніе раковыми клѣтками нервныхъ стволовъ съ атрофическими явленіями въ осевыхъ цилиндрахъ.

Клѣтки по большей части имѣли характеръ мостовиднаго эпителія. Онѣ были значительныхъ размѣровъ, разнообразной формы, въ видѣ пластинокъ, содержащихъ одно или даже нѣсколько ядеръ, вокругъ которыхъ находилось небольшое количество мелкозернистой протоплазмы. Въ большинствѣ случаевъ въ раковыхъ гнѣздахъ пластинчатыя клѣтки образовывали концентритическія наслоенія, вслѣдствіе чего получались рѣзко обрисованныя, большею частью цилиндрическія или шаровидныя образованія, такъ-называемыя жемчужины (globes epidermiques), выполняющія альвеолярные промежутки соединительно-тканнаго остова и часто выдавливающіяся на поверхности разрѣза въ видѣ маленькихъ червеобразныхъ стержней. Жемчужины въ центральной части состояли изъ прозрачныхъ, не воспринимающихъ краски, большихъ клѣточныхъ пластинокъ, тѣсно прилегающихъ другъ къ другу; ихъ окружали со всѣхъ сторонъ клѣтки полулунной формы. Эти послѣднія отличались прозрачностью, имѣли по одному рѣзко видимому ядру и не содержали зернистой протоплазмы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ раковыхъ гнѣздахъ не было видно вполнѣ образованныхъ жемчужинъ, но въ расположеніи клѣтокъ замѣчалась наклонность къ образованію концентрическихъ наслоеній. Здѣсь въ центральныхъ частяхъ клѣтки были прозрачныя, невоспринимающія краски, но въ периферическихъ частяхъ онѣ хорошо окрашивались и содержали ядро съ небольшимъ количествомъ зернистой протоплазмы. Наконецъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ не видно было никакого даже намека на концентрическое напластываніе клѣтокъ; все гнѣздо было набито плоскими большими клѣтками, легко воспринимающими краски, съ однимъ или нѣсколькими ядрами и зернистой протоплазмой. Кромѣ того, въ изъязвившихся мѣстахъ новообразованія часто встрѣчались зернистыя и жирно-перерожденныя клѣтки, наконецъ даже одни обломки клѣтокъ и детритъ.

Строма новообразованія, въ которой находились раковыя гнѣзда, состояла изъ подлежащей старой ткани. Въ слизистомъ и подслизистомъ слояхъ она состояла изъ соединительной ткани, въ которой мѣстами было большее или меньшее количество грануляціонныхъ элементовъ, а въ другихъ мѣстахъ было видно разрощеніе волокнистой соединительной ткани. Въ мышечномъ слоѣ гнѣзда помѣщались между раздвинутыми пучками гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Смотря по большему или меньшему развитію стромы, раковое новообразованіе показываетъ всѣ переходныя формы отъ самыхъ твердыхъ, сухихъ, хрустящихъ подъ ножомъ и до самыхъ мягкихъ, дающихъ большое количество раковаго сока. Раньше было уже сказано, что, кромѣ плоско-эпителіальнаго рака, въ двухъ нашихъ случаяхъ встрѣтилось новообразованіе, которое по своему характеру и строенію должно быть отнесено къ мелко-клѣточному обыкновенному раку. Въ этихъ случаяхъ подъ микроскопомъ видны въ нѣкоторыхъ мѣстахъ

среди очень толстыхъ цуговъ новообразованной соединительной ткани небольшія, неправильной формы, раковыя гнѣзда съ мелкими, полиморфными, хорошо окрашивающимися клѣтками, безъ всякаго промежуточнаго вещества между ними. Отъ этихъ гнѣздъ расходились во всѣ стороны продолженія изъ эпителіевидныхъ клѣтокъ такого же характера. Напротивъ, въ иныхъ мѣстахъ промежуточнаго соединительно-тканнаго остова, ограничивающаго раковыя гнѣзда, было весьма мало, такъ что получалась картина мозговиднаго рака,—carcinoma cellulare s. fungus medullaris. Но въ общемъ новообразованіе въ обоихъ случаяхъ ближе всего подходило къ обыкновенному фиброзному раку—carcinoma fibrosum s. scirrhus.

Симптоматологія.

Самый главный и самый существенный припадокъ раковаго съуженія пищевода, приковывающій на первыхъ порахъ все вниманіе больнаго, есть затрудненное проглатываніе пищи—Dysphagia (отъ δυς, трудно и φαγειν, ѣсть), которая состоитъ въ появленіи препятствія въ пищеводѣ при прохожденіи пищи въ желудокъ. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ болѣзнь начинается этимъ припадкомъ, причемъ обыкновенно затрудненіе при глотаніи пищи развивается медленно, почти незамѣтно для больнаго, точно также какъ и новообразованіе, составляющее препятствіе при прохожденіи пищи, ростетъ медленно и прогрессивно. Но въ другихъ болѣе рѣдкихъ случаяхъ болѣзнь начинается бурно,—во время пріема пищи у больнаго вдругъ останавливается въ пищеводѣ кусокъ твердой пищи, является мучительное чувство стѣсненія въ груди, которое однако скоро проходитъ вслѣдъ за изверженіемъ назадъ застрявшаго куска пищи. Такое начало болѣзни было у слѣдующихъ нашихъ больныхъ: у Евсѣевой, Калинниковой, Сисиной и у Новатова. Весьма часто такое проявленіе болѣзни бываетъ при психическомъ возбужденіи больнаго, иногда же при пріемѣ слишкомъ горячей или холодной пищи. Больной Salneuve'a [1]) во время обѣда засмѣялся, въ этотъ моментъ у него застрялъ въ пищеводѣ кусокъ говядины, явилось удушье съ сильной болью въ глоткѣ, но эти припадки скоро прошли вмѣстѣ съ выбрасываніемъ назадъ куска говядины. Въ этихъ случаяхъ очевидно играетъ роль спазмъ мышцъ пищевода, который довольно часто наблюдается при раковомъ съуженіи этого органа. Онъ часто бываетъ и при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, производя перемежки и непостоянство дисфагіи. Какъ на причину чрезмѣрной возбудимости мышцъ пищевода авторы указываютъ на раздраженіе, которое вызываетъ растущее новообразованіе; къ тому же мышцы при этомъ часто бываютъ гипертрофированными, иннервація которыхъ не такъ правильна, вслѣдствіе чего онѣ отвѣчаютъ на раздраженіе болѣе энергично.

Гораздо рѣже болѣзнь начинается не явленіями дисфагіи, но различными другими припадками. У больнаго Каина вдругъ безъ всякой видимой причины голосъ сдѣлался хриплымъ и явилось затрудненіе дыханія, которое постепенно усиливалось, и уже потомъ,

---

[1]) Lacour,—l. c., p. 11.

чрезъ нѣкоторое время послѣ этихъ припадковъ, появилась дисфагія. Больная Павлова, будучи потной, выпила 2 стакана холоднаго пива, послѣ чего почти сразу потеряла голосъ и только чрезъ мѣсяцъ послѣ этого явилась дисфагія. Въ этихъ случаяхъ, по крайней мѣрѣ у больнаго Каина, позднее появленіе дисфагіи объясняется тѣмъ, что раковая опухоль, находясь въ верхней трети пищевода, помѣщалась эксцентрично, занимая большею своею частью правую стѣнку пищевода и распространяясь на клѣтчатку шеи, а лѣвая стѣнка пищевода долго не была поражена, слѣдовательно сохраняла свою растяжимость.

Въ другихъ случаяхъ болѣзнь проявлялась различными неопредѣленными болями въ области желудка, въ подреберьяхъ, груди, спинѣ и т. д. и потомъ чрезъ нѣкоторое время являлась дисфагія. Такое начало было у больныхъ: Орлова, у Архиповой, Гавриленко, Цвѣтковой, у Зимина и Кошелева.

Какъ крайняя рѣдкость, бываютъ и такіе случаи, гдѣ кромѣ общихъ признаковъ, указывающихъ на глубокое пораженіе организма, ничто не указываетъ на существованіе болѣзни пищевода и только при аутопсіи находятъ истинную причину страданія. Таковъ случай VIII у Marchand'a [1]).

Но каковы бы то ни были начальные припадки болѣзни, чрезъ нѣкоторое время у больныхъ является дисфагія. Прежде всего больные замѣчаютъ, что глотокъ пищи начинаетъ медленно спускаться по пищеводу, какъ бы задѣвая за что-то и даже иногда вызывая чувство царапанія, какъ французы говорятъ: «les malades ont conscience du passage des aliments» [2]).

Съ теченіемъ времени глотокъ пищи по временамъ начинаетъ останавливаться въ извѣстномъ мѣстѣ пищевода, вслѣдствіе чего больные инстинктивно начинаютъ тщательно разжевывать пищу и каждый глотокъ запивать какою-нибудь жидкостью, но нѣкоторые больные стараются при этомъ дѣлать усиленныя глотательныя движенія, причемъ во многихъ случаяхъ ихъ усилія оканчиваются успѣхомъ. Иногда больные разсказываютъ, что пища, пройдя чрезъ одно препятствіе, наталкивается ниже на другое и даже на нѣсколько препятствій. Это можетъ зависѣть отъ двухъ причинъ: или отъ того, что въ пищеводѣ находится нѣсколько раковыхъ узловъ, что наблюдается, какъ сказано выше, очень рѣдко, или же отъ спазмодическихъ сокращеній мышцъ пищевода, что бываетъ весьма часто. Но такъ какъ ощущенія эти въ первое время не постоянны, то онѣ обыкновенно мало безпокоятъ больныхъ, а многіе даже не обращаютъ на нихъ никакого вниманія и только при распросѣ врача припоминаютъ случившееся нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ. Даже интеллигентный больной г. Гауровича [3]) въ продолженіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ объяснялъ затрудненіе при проглатываніи пищи поперхиваніемъ, хотя дисфагія была у него настолько рѣзко выражена, что это замѣчали другіе.

Однако чрезъ нѣкоторое время глотаніе все болѣе и болѣе затрудняется, даже тщательно пережеванные куски пищи и превращенные съ помощью слюны въ полу-

---

[1]) Merchand,—l. c , p. 20.

[2]) Больные сознаютъ прохожденіе пищи.

[3]) Гауровичъ,—Прибавл. медиц. къ Морск. Сборн. за 1861 г.; также у Крузенштерна, —стр. 15.

жидкую массу, не смотря на повторные глотки жидкости, начинаютъ уже постоянно останавливаться въ пищеводѣ передъ препятствіемъ, больной испытываетъ тягостное чувство давленія въ груди, а иногда даже различные припадки со стороны сердца и дыханія, и хотя эти припадки скоро проходятъ вмѣстѣ съ изверженіемъ назадъ застрявшаго куска, однако больной, измученный постоянными неудачами, обыкновенно съ этого времени отказывается принимать твердую пищу и начинаетъ питаться полужидкой и жидкой. Нѣкоторые больные стараются помогать прохожденію пищи тѣмъ, что принимаютъ различныя позы,—вытягиваютъ шею и наклоняютъ голову впередъ; ѣдятъ стоя и въ это время вытягиваются или же, какъ это дѣлала одна изъ нашихъ больныхъ—Миролюбова, производятъ усиленныя глотательныя движенія, помогая имъ поглаживаніями рукой вдоль шейной части пищевода. Всѣ эти усилія иногда оканчиваются успѣхомъ, но иногда пища выбрасывается обратно.

Со временемъ съуженіе пищевода дѣлается на столько сильнымъ, что и мягкая пища перестаетъ проходить. Больные сильно разбавляютъ ее жидкостью и начинаютъ глотать весьма малыми порціями, по чайной или даже по получайной ложкѣ, но и эта пища по временамъ проходитъ, а иногда выбрасывается обратно, то вся цѣликомъ, то только частью, а другая часть проходитъ въ желудокъ. Въ это время жидкая пища обыкновенно проходитъ свободно, однако при томъ только условіи, если больной глотаетъ понемногу, малыми глотками; но если больной сдѣлаетъ полный глотокъ, то и жидкая пища выбрасывается обратно. Такія перемежки и непостоянство дисфагіи объясняются спазмомъ мышцъ пищевода, «une sorte de colère intermittente de l'organe contre un obstasle permanent», какъ говоритъ Béhier [1]); это есть нервный элементъ, который прибавляется къ органическому съуженію. Въ рѣдкихъ случаяхъ кусокъ пищи или даже какая нибудь плодовая косточка вколачивается въ съуженную часть пищевода и закупориваетъ ее, вслѣдствіе чего никакая пища не проходитъ до тѣхъ поръ, пока пищеводъ не освободится тѣмъ или другимъ способомъ отъ этой пробки. Кромѣ того, многіе авторы въ происхожденіи дисфагіи придаютъ большое значеніе нерастяжимости и твердости стѣнокъ пищевода, вслѣдствіе раковой инфильтраціи, разращенія соединительной ткани и гипертрофіи мышцъ, а г. Крузенштернъ [2]) обращаетъ вниманіе на атрофію мышечнаго слоя, которую «онъ встрѣтилъ во многихъ случаяхъ». Какъ раньше было уже сказано, что спеціальныхъ изслѣдованій о послѣдовательныхъ за раковой стриктурой измѣненіяхъ стѣнокъ пищевода до сихъ поръ не существуетъ и одни авторы находятъ истинную гипертрофію мышечной оболочки пищевода, другіе—ложную, иные—атрофію и т. д., вслѣдствіе этого невозможно разобраться среди различныхъ мнѣній относительно причинъ дисфагіи. Но во всѣхъ нашихъ препаратахъ раковое новообразованіе на столько съуживало просвѣтъ пищевода, что служило достаточной причиной дисфагіи. Точно также изъ нашихъ клиническихъ исторій болѣзней видно, что въ огромномъ большинствѣ случаевъ, если больной глотаетъ только жидкости, то при зондированіи малая олива не проходитъ съуженіе, но какъ только зондированіемъ мы достигали того, что малая олива пройдетъ пре-

---

[1]) Béhier,—l. c., p, 71.

[2]) Крузенштернъ,—l. c., стр. 17 и 18.

пятствіе, то и больной начинаетъ глотать несравненно свободнѣе. Но съ другой стороны въ нѣкоторыхъ, правда рѣдкихъ, случаяхъ находится несоотвѣтствіе трудности глотанія со степенью съуженія пищевода. Между тѣмъ какъ больной глотаетъ пищу крайне трудно, однако при изслѣдованіи зондомъ находятъ съуженіе незначительнымъ. Больной Терентьевъ съ величайшимъ трудомъ глоталъ жидкую пищу, но при зондированіи даже самая большая олива прошла въ желудокъ и только легкое препятствіе встрѣтилось въ средней трети пищевода. То же самое мы находимъ у больныхъ: Русинова, Григорія Михайлова, Кузмина и Болдина. Чѣмъ объяснить въ подобныхъ случаяхъ это несоотвѣтствіе: твердостью-ли и неподатливостью стѣнокъ пищевода, которыя существуютъ и во всѣхъ другихъ случаяхъ, мышечною-ли атрофіею, о которой говоритъ г. Крузенштернъ или же наконецъ ложною гипертрофіею съ послѣдовательными дегенеративными процессами въ мышечной оболочкѣ пищевода, преимущественно жировымъ перерожденіемъ (Klebs [1])? Будущія изслѣдованія должны намъ разрѣшить эти вопросы, но только эти изслѣдованія должны быть произведены въ связи съ клиническимъ теченіемъ болѣзни и въ связи съ новыми физіологическими работами о глотаніи Falk'a, Meltzer'a, Kronecker'a и Steiner'a [2]).

Дальнѣйшее теченіе раковаго съуженія пищевода представляетъ полную закупорку его, т. е. когда наступаетъ полная непроходимость пищевода даже и для малѣйшаго глотка воды. Этотъ симптомъ наблюдался у очень многихъ нашихъ больныхъ, даже у одного и того-же больного онъ наблюдался по нѣскольку разъ и въ большинствѣ случаевъ продолжался недолго, дня по 3—4, до недѣли и потомъ обыкновенно наступало улучшеніе глотанія, но только это улучшеніе глотанія обыкновенно было незначительно, больной получалъ возможность глотать молоко маленькими глотками въ количествѣ двухъ или трехъ стакановъ въ сутки, такъ что въ сущности голоданіе продолжалось, только оно было въ хронической, а не острой формѣ. Несравненно рѣже у нашихъ больныхъ наблюдалось такое возстановленіе просвѣта пищевода, гдѣ голоданіе совершенно прекращалось, такъ какъ больные получали возможность глотать нетолько жидкую, но и мягкую пищу. Это было только у восьми нашихъ больныхъ, включая въ это число и два случая, гдѣ возстановленіе просвѣта пищевода произошло вскорѣ послѣ операціи наложенія желудочной фистулы. Это возстановленіе просвѣта пищевода происходитъ вслѣдствіе распаденія новообразованныхъ массъ, закупоривающихъ этотъ проходъ и, какъ видно изъ предъидущаго, оно чаще всего бываетъ частичнымъ и гораздо рѣже полнымъ. Напротивъ того у нашихъ больныхъ нерѣдко полная закупорка пищевода продолжалась очень долгое время. У больного Петра Михайлова проходимость пищевода и для жидкостей не возстановлялась съ 9 Марта по 25 Апрѣля и только 25-го Апрѣля больной сталъ проглатывать воду и чай, но и то не постоянно,— утромъ не могъ глотать, а вечеромъ глоталъ; все это время больной питался чрезъ желудочную фистулу. Больной Ерофѣевъ болѣе мѣсяца голодалъ, при этомъ въ нѣкоторые дни совершенно ничего не могъ глотать, а въ другіе дни съ величайшимъ трудомъ и маленькими глотками могъ проглотить стаканъ, много 2 стакана молока.

---

[1]) Klebs,—l. c., s. 113.

[2]) Jahresberichte der Physiologie von Hofmann und Schwalbe. 1881. 9 Band, s. 80; 1883. 10 Band, s. 71; 1885, s. 66.

часть которыхъ къ тому-же еще регургитировалась. Изъ амбулаторныхъ больныхъ Гуревичъ, Загряднова, Чистякова и Соколовскій голодали очень долгое время и дошли до крайней степени истощенія.

Общее состояніе больныхъ было слѣдующее: аппетитъ у большинства больныхъ былъ хорошъ и обыкновенно, какъ только являлась полная закупорка пищевода, они начинали страдать отъ голода; но особенно мучительно было для больныхъ лишеніе воды, жажда мучила ихъ до такой степени, что больной Зрайковскій, увидя насъ пьющими чай, пришелъ въ неистовство и разломалъ о свои колѣна палку, которая была у него въ рукахъ. Этотъ больной пришелъ въ клинику съ бутылкой молока и съ страшнымъ отчаяніемъ умолялъ накормить его, такъ какъ уже болѣе сутокъ онъ не могъ проглотить даже воды. Многіе больные умоляли какимъ либо способомъ накормить ихъ и только мученія голода и жажды заставляли ихъ рѣшаться на гастростомію. Гораздо менѣе больные испытывали мученія голода и жажды въ то время, когда съуженіе пищевода позволяло имъ проглотить стакана 2—3 молока въ сутки. Въ этомъ состояніи больные большею частію мало жаловались на голодъ, но жажда и этихъ больныхъ мучила сильно. Вообще какъ только раковое новообразованіе съузитъ пищеводъ настолько, что позволяетъ больному исключительно питаться жидкой пищей, то начинается прогрессивное истощеніе, которое во многихъ случаяхъ доходило до крайней степени: подкожный жирный слой совершенно исчезаетъ, кожа дѣлается морщинистой, сухой, матовой, грязно-сѣраго цвѣта, эпидермисъ сильно шелушится; всѣ костные выступы крайне рѣзко выдѣляются, мускулы дѣлаются тонкими и вялыми, многія сухожилія хорошо видны; facies Hippocratica, выраженіе тоскливое; животъ корытообразно втягивается и при лежаніи на спинѣ иногда издали бываетъ видно біеніе брюшной аорты. Вѣсъ тѣла сильно падаетъ. Нерѣдко намъ случалось слышать отъ больныхъ, что они пали въ вѣсѣ на одинъ пудъ и болѣе. Больной Ерофѣевъ, уже значительно истощенный, потерялъ въ вѣсѣ еще около 6 kilogm. въ продолженіи мѣсяца. Яковлевъ съ 27 Декабря по 9 Февраля палъ въ вѣсѣ на 4 kilogm. Калинникова съ 13-го Октября по 27 Ноября пала на 3,100 gm. Фехаретдиновъ съ 27 Декабря по 3 Марта палъ на 1 kilogm. Сисина въ 9 дней пала на 500 gm. и т. д. Г. Крузенштернъ [1]) приводитъ случай изъ клиники Проф. Бессера, гдѣ больной въ теченіи послѣднихъ 5 сутокъ упалъ въ вѣсѣ на 1800 gm., т. е. больше 5%; у Schneider'а потеря приблизительно 8,5% (Цит. по Крузенштерну). «До какой степени, говоритъ Köhler [2]), можетъ быть истощеніе всѣхъ органовъ, показываетъ съ математическою точностью случай Marquet'а (цит. у Walshe), гдѣ женщина, прежде вѣсившая 160 фунтовъ, передъ смертью вѣсила только 27 фунтовъ».

Сердцебіенія обыкновенно слабыя, пульсъ замедляется до 60 ударовъ въ минуту, какъ это было у больного Алексѣева, по Lacour [3]) до 50—55, а проф. Пашутинъ [4]) сообщаетъ, что «удалось наблюдать у человѣка при голоданіи паденіе пульса до 35 ударовъ въ минуту». Иногда передъ смертью сердцебіенія учащаются и дѣлаются

[1]) Крузенштернъ,—l. c., стр. 33.
[2]) Köhler,—l. c., s. 255.
[3]) Lacour, l. c., p. 25.
[4]) Пашутинъ, Лекціи общей Паталогіи, ч. II, стр. 51, 1881.

червеобразными. Дыханіе тоже обыкновенно замедляется, но не такъ рѣзко, какъ сердцебіенія.

Температура у всѣхъ голадающихъ больныхъ обыкновенно ниже нормы и удерживается съ такимъ упорствомъ, что даже развитіе пневмоніи не вызываетъ повышенія температуры; но если являются осложненія въ видѣ гнилостной пневмоніи, плеврита, гангрены легкаго и т. д., то обыкновенно температура повышается. У больного Алексѣева передъ смертью температура пала до 34,9 по Ц. in recto.

Чувствительность бываетъ понижена, такъ что при кровавыхъ операціяхъ больные мало чувствуютъ боль и въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ въ нашей клиникѣ, такъ и другіе хирурги дѣлали гастростомію безъ наркоза, который къ тому же у этихъ больныхъ представляетъ опасности, такъ какъ извѣстно, что голоданіе ведетъ къ развитію въ тканяхъ и органахъ различныхъ дегенеративныхъ процессовъ, особенно жироваго перерожденія и въ сердцѣ эти измѣненія бываютъ особенно рѣзки, гдѣ находятъ какъ жировое, такъ и восковидное (Ценкеровское) перерожденіе сердечной мышцы и въ слабой степени пигментную метаморфозу [1]). Реактивные процессы въ ранѣ у голодающихъ развиваются крайне вяло, вслѣдствіе чего заживленіе происходитъ медленно, слѣдовательно жизнедѣятельность тканей у этихъ больныхъ тоже понижена.

Относительно мочи я могу только указать, что суточное количество ея у большинства больныхъ уменьшено; она дѣлается насыщенной, высокаго удѣльнаго вѣса, рѣзкокислой реакціи, при стояніи образуетъ большой осадокъ кирпично-краснаго цвѣта, растворимаго при подогрѣваніи (ураты); бѣлка и другихъ ненормальныхъ частей въ большинствѣ случаевъ не содержитъ; при микроскопическомъ изслѣдованіи, кромѣ эпителія мочеваго пузыря болѣе или менѣе зернисто или жирно-перерожденнаго, никакихъ другихъ форменныхъ элементовъ обыкновенно не содержитъ. У нѣкоторыхъ больныхъ, какъ напр. у Михайлова, въ періодѣ полной закупорки пищевода суточное количество мочи доходило до 340 к. с., уд. вѣс. = 1030, а у Сугутта—даже до 200 к. с., но какъ только больной получаетъ возможность достаточно питаться, то и моча тотчасъ же измѣняется, количество ея увеличивается, уд. в. падаетъ и т. д. вообще приближается къ нормальной мочѣ и это происходитъ съ такимъ постоянствомъ, что по количеству мочи и ея качествамъ можно судить о состояніи больнаго. У другихъ авторовъ свѣдѣній о мочѣ больныхъ, страдающихъ чистою формою раковаго съуженія пищевода, я не нашелъ; только у Крузенштерна [2]) существуютъ нѣкоторыя свѣдѣнія, которыя въ общемъ согласны съ нашими.

Силы больныхъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ настолько падали, что при малѣйшемъ движеніи у нихъ являлось головокруженіе, шумъ или колотье въ ушахъ, глухота, потемнѣніе въ глазахъ и т. д., такъ что они обыкновенно лежали въ кровати въ совершенно безпомощномъ состояніи.

Психическое состояніе у всѣхъ больныхъ было подавленное. Что же касается явленій со стороны центральной нервной системы, то обыкновенно большинство больныхъ находилось въ полномъ сознаніи, только при осложненіяхъ болѣзни наблюда-

---

[1]) Пашутинъ, l. c., стр. 40.

[2]) Крузенштернъ, l. c., стр. 32.

лось въ послѣдніе дни полусознательное состояніе. Однако въ трехъ случаяхъ намъ пришлось наблюдать голодный бредъ, при чемъ у этихъ больныхъ никакихъ осложненій не было. Это было у больныхъ Алексѣева, Евсѣевой и Алексѣевой. Больной Алексѣевъ въ продолженіи мѣсяца съ трудомъ глоталъ жидкую пищу и въ послѣдніе 11 дней почти ничего не могъ глотать; истощеніе дошло до такой степени, что онъ представлялъ совершенный скелетъ. Передъ смертью въ послѣднія сутки онъ лежалъ въ кровати въ полузабытьѣ и тихо бредилъ, при чемъ большею частью говорилъ о водѣ. Наши вопросы его выводили изъ этого состоянія и тогда онъ жаловался на мучительную жажду. Онъ умеръ внезапно и быстро: вдругъ сталъ безпокоиться и метаться, пульсъ сдѣлался нитевиднымъ, дыханія—глубокими и тяжелыми, явилось безсознательное состояніе и чрезъ 3/4 часа умеръ.—Больная Евсѣева вслѣдствіе голоданія тоже дошла до крайней степени истощенія и нѣсколько дней передъ поступленіемъ въ клинику совершенно ничего не могла глотать, но послѣ съ величайшимъ трудомъ стала глотать немного жидкой пищи. Затѣмъ явился голодный бредъ и она внезапно умерла. Больная Ирина Алексѣева явилась въ клинику въ состояніи крайняго истощенія и съ голоднымъ бредомъ; передъ этимъ она болѣе мѣсяца могла глотать съ величайшимъ трудомъ только незначительное количество жидкой пищи, а въ послѣдніе 9—10 дней почти совершенно ничего не могла проглотить. При зондированіи малая олива при легкомъ насиліи прошла съуженіе, сейчасъ же больная получила возможность глотать пищу и выпила цѣлую кружку молока, смѣшаннаго съ яичнымъ желткомъ, мяснымъ сокомъ и виномъ. Послѣ этого больная пробыла въ клиникѣ около двухъ мѣсяцевъ и выписалась, значительно поправившись. Въ литературѣ нѣкоторые авторы упоминаютъ о появленіи не задолго до смерти инаниціоннаго бреда; такъ, Крузенштернъ [1]) приводитъ IV сл. C. Siemon'a, гдѣ у больнаго въ послѣдніе дни наблюдался религіозный бредъ.

Follin [2]) говоритъ, что въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ у больныхъ, вслѣдствіе насильственныхъ попытокъ къ глотанію, развиваются общія судороги, которыя сокращаютъ печальное ихъ существованіе.

Со стороны желудочно-кишечнаго канала у больныхъ довольно часто наблюдалось катаральное состояніе желудка, которое во многихъ нашихъ случаяхъ предшествовало раковому пораженію пищевода; кромѣ того, нерѣдко желудокъ представлялся рѣзко уменьшеннымъ и сокращеннымъ даже иногда до объема поперечной ободочной кишки, съ которой Maunder [3]) и д-ръ Вельяминовъ [4]) при операціи гастростоміи его смѣшали и произвели колотомію. Г. Кузминъ [5]) въ одномъ случаѣ рака пищевода нашелъ глубокія разстройства въ структурѣ эпителіально-железистаго и подслизистаго слоевъ слизистой оболочки желудка, повліявшихъ на летальный исходъ операціи гастростоміи, которая была сдѣлана больному. Онъ пишетъ, что «эпителій слизистой оболочки желудка пред-

---

[1]) Крузенштернъ, l. c., стр. 33.

[2]) Follin, l. c., p. 68.

[3]) Lacour, l. c., p. 81.

[4]) Вельяминовъ, «Хирургическій Вѣстникъ» за май и іюнь 1885 г., стр. 370 и 371.

[5]) Кузминъ, Отчетъ изъ хирургической клиники Проф. Н. В. Склифасовскаго за 1878—1880 гг. Спб., стр. 152.

ставлялся круглымъ, полигональнымъ, помутнѣвшимъ, жирно-зернистымъ, мѣстами безъ ясныхъ контуровъ, мѣстами же въ видѣ кучекъ жироваго детрита, особенно въ железахъ, которыя представлялись въ высшей степени атрофированными, кое-гдѣ кистовидно-растянутыми; in strato submucoso и между железами встрѣчалась развитая соединительная ткань и эмбріональныя клѣтки, нерѣдко съ слѣдами жировой зернистости въ ихъ протоплазмѣ и капилляры иногда въ видѣ сохранившихся петель, или въ видѣ облитерированныхъ стволиковъ съ слѣдами пигмента и кровяныхъ шариковъ въ нихъ и по сосѣдству».

Стѣнки кишекъ также въ нѣкоторыхъ случаяхъ представляются рѣзко атрофированными и истонченными; отправленія ихъ, перистальтическія движенія, происходятъ крайне вяло, вслѣдствіе чего запоры составляютъ обыкновенное явленіе. Онѣ, кромѣ того, еще происходятъ вслѣдствіе крайне малаго поступленія пищи и являются всякій разъ у больнаго въ то время, когда съуженіе пищевода позволяетъ ему питаться исключительно жидкой пищей. Въ началѣ запоры продолжаются дня по 3—4, а впослѣдствіи по недѣлямъ и болѣе. Больная Lacour'a [1]) не испражнялась 2 мѣсяца. Каловыя массы состояли изъ плотныхъ, сухихъ, наслоенныхъ комковъ, окрашенныхъ желчью.

Поносъ въ неосложненныхъ случаяхъ наблюдается рѣдко, но за то въ случаяхъ, осложненныхъ гангреною легкихъ, гнило—и гноекровіемъ, онъ наступаетъ очень быстро и продолжается упорно.

Со стороны паренхиматозныхъ органовъ наблюдается малокровіе и различные дегенеративные процессы, какъ-то: бѣлковое и рѣже жировое перерожденіе клѣтокъ [2]). Marchand [3]) говоритъ о пораженіи крови, гдѣ находятъ довольно значительное увеличеніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ (Leucocytosis).

Сонъ у многихъ нашихъ больныхъ былъ удовлетворительный, а у многихъ—плохъ. Нѣкоторымъ больнымъ мѣшало уснуть отрыганіе принятой пищи, другимъ—боли, а многимъ—кашель.

Regurgitatio и рвота. Подъ названіемъ regurgitatio или отрыганіе разумѣютъ обратное выведеніе проглоченныхъ пищевыхъ веществъ, не дошедшихъ до желудка и остановившихся въ какомъ либо мѣстѣ пищевода надъ съуженіемъ его. Механизмъ, которымъ производится это изверженіе, исполняется исключительно однимъ пищеводомъ и поэтому весьма удачно названо французами «vomissement oesophagique» по Béhier, или «vomissement oesophagien»—по другимъ авторамъ. Этотъ припадокъ при съуженіи пищевода наблюдается почти постоянно и состоитъ въ томъ, что больной, нѣкоторое время спустя послѣ проглатыванія пищи, чувствуетъ болѣзненное стѣсненіе по направленію пищевода и непріятное ощущеніе полноты; потомъ, безъ всякаго усилія со стороны больнаго, нерѣдко совершенно внезапно, неожиданно и притомъ зачастую малыми порціями, выбрасываются пищевыя вещества болѣе или менѣе измѣненныя, въ различномъ количествѣ, послѣ чего больной чувствуетъ облегченіе. Это выбрасываніе пищи назадъ или отрыганіе происходитъ послѣ акта глотанія тѣмъ

---

[1]) Lacour, l. c., p. 25.

[2]) Пашутинъ, l. c., стр. 39.

[3]) Marchand, l. c., p. 19.

быстрѣе, чѣмъ выше находится раковое съуженіе пищевода, и при ракѣ верхней трети, когда является полная закупорка пищевода, бываютъ въ сущности только попытки проглотить жидкую пищу, такъ какъ почти все взятое въ ротъ тотчасъ же выбрасывается. У больныхъ Алексѣева и Каина пища, смѣшанная со слюною, тотчасъ же послѣ глотательнаго акта съ силою выбрасывалась чрезъ ротъ и носъ въ сопровожденіи удушливаго кашля. При ракѣ въ средней и нижней третяхъ пищевода отрыганіе пищи происходитъ позднѣе, минуты чрезъ 2—5 и болѣе, а въ тѣхъ случаяхъ, когда происходитъ послѣдовательное расширеніе части пищевода, лежащей надъ стриктурой, отрыганіе можетъ не быть очень долго; пища въ расширенной части пищевода застаивается, крахмалистыя вещества подъ вліяніемъ фермента проглоченной слюны отчасти превращаются въ сахаръ, а позднѣе показываются процессы броженія; бѣлковыя тѣла или представляются просто вымоченными, если они недолго остаются въ пищеводѣ, или же, послѣ болѣе продолжительнаго пребыванія, подвергаются гніенію. Нѣкоторые изъ старыхъ авторовъ даже допускали, что эти расширенія могутъ до нѣкоторой степени замѣнить желудокъ, но еще Lebert [1]) справедливо отвергъ эту, по его словамъ, «абсурдную гипотезу». Я уже раньше говорилъ, что при раковыхъ съуженіяхъ послѣдовательныя расширенія пищевода бываютъ далеко не такъ часто, какъ увѣряютъ авторы; изъ 11-ти нашихъ препаратовъ только въ одномъ мы нашли небольшое расширеніе и при жизни это расширеніе выражалось тѣмъ, что послѣ пріема пищи больной долгое время понемногу ее отрыгалъ, а при введеніи эластическаго зонда часа черезъ два послѣ пріема пищи она вытекала обратно чрезъ него. По авторамъ чаще всего расширенія наблюдаются при раковыхъ съуженіяхъ въ нижней трети пищевода; здѣсь иногда образуются огромные мѣшки, гдѣ пища можетъ оставаться въ продолженіи нѣсколькихъ часовъ и даже до сутокъ. Въ этихъ случаяхъ регургитація походитъ на настоящую рвоту,—выводятся заразъ большія количества болѣе или менѣе измѣненной пищи, смѣшанной съ большимъ количествомъ слизи и это выведеніе сопровождается тошнотою, при участіи брюшнаго пресса. Ничего подобнаго у нашихъ больныхъ мы ни разу не наблюдали. Точно также мы ни разу не замѣчали, чтобы кто нибудь изъ нашихъ больныхъ послѣ отрыганія снова пережевывалъ пищу и снова глоталъ ее,—явленіе похожее на жвачку (ruminatio), хотя объ этомъ пишутъ такіе выдающіеся нѣмецкіе хирурги какъ König [2]), Bardeleben [3]) и пр. Напротивъ всѣ наши больные при отрыганіи пищи съ отвращеніемъ выплевывали ее. Французскіе авторы объ этомъ явленіи ничего не говорятъ.

Настоящая рвота у нѣкоторыхъ нашихъ больныхъ наблюдалась и особенно она была упорна у больной Алексѣевой, при чемъ нерѣдко рвотныя массы были смѣшаны съ кровью, но онѣ не были похожи на кофейную гущу, какъ это бываетъ нерѣдко при ракѣ желудка; напротивъ, кровь была мало измѣнена и являлась въ видѣ жилокъ или небольшихъ сгустковъ. Рвота нерѣдко встрѣчается въ ту пору, когда пища проходитъ сравнительно свободно въ желудокъ и составляетъ одинъ изъ довольно частыхъ припадковъ перваго періода болѣзни.

---

[1]) Lebert, l. c., p. 448.

[2]) König, l. c., стр. 15.

[3]) Bardeleben, Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre, 3 Band, s. 545, 1881.

Кровотеченія при ракѣ пищевода наблюдаются нерѣдко и составляютъ драгоцѣнный признакъ при распознаваніи болѣзни. У нашихъ больныхъ чаще всего наблюдались повторныя кровотеченія въ видѣ жилокъ или небольшихъ сгустковъ, примѣшанныхъ къ отрыгаемымъ веществамъ, а иногда, какъ у больной Архиповой, въ небольшихъ количествахъ по временамъ открыгалась чистая кровь, а у Кирилова два раза было значительное кровотеченіе,—до стакана. Отрыгаемыхъ массъ, похожихъ на кофейную гущу, у нашихъ больныхъ ни разу не наблюдалось. Но Follin [1]) приводитъ случай d'Ev. Home'a, гдѣ это явленіе было очень хорошо выражено; проглоченная пища отрыгалась съ небольшимъ количествомъ жидкости, похожей на кофейную гущу. О возможности этого явленія говоритъ также Oppolzer [2]). Въ 18-мъ случаѣ д-ра Крузенштерна [3]) наблюдалась рвота, причемъ рвотныя массы были похожи на кофейную гущу; но въ этомъ случаѣ, кромѣ рака пищевода, существовалъ и ракъ желудка. Кромѣ того въ нѣкоторыхъ, довольно рѣдкихъ, случаяхъ при ракѣ пищевода наблюдаются смертельныя кровотеченія, вслѣдствіе перфораціи аорты или одной изъ крупныхъ ея вѣтвей. Объ этомъ подробно было уже сказано выше. Съ клинической стороны эти кровотеченія являются или сразу настолько сильными, что больной тотчасъ же умираетъ, или же, что чаще бываетъ, кровотеченія повторяются нѣсколько разъ чрезъ короткіе промежутки времени и больной умираетъ чрезъ нѣсколько часовъ, даже чрезъ сутки. Нашъ больной, Петръ Михайловъ, у котораго ракъ пищевода перфорировалъ грудную аорту, умеръ внезапно отъ кровотеченія чрезъ ротъ и носъ, сопровождавшагося кровавой рвотой.

Слюнотеченіе при ракѣ пищевода наблюдается нерѣдко; оно чаще бываетъ незначительнымъ, но у нѣкоторыхъ больныхъ, какъ у Кириллова, Сугутта и Фехаретдинова доходило до настоящей саливаціи и причиняло большое безпокойство. Больной Ganzinotty [4]) выдѣлялъ слюны до 400 к. с. въ сутки. Вслѣдствіе постояннаго выдѣленія слюны больные принуждены дѣлать частыя глотательныя движенія, а если послѣднія сопровождаются болью, то они выплевываютъ. Д-ръ Стеценко [5]) въ этихъ случаяхъ нашелъ въ слюнныхъ железахъ значительное разрощеніе соединительной ткани и рѣзко выраженное бѣлковое или жировое перерожденіе эпителіальныхъ клѣтокъ. Lacour [6]) приводитъ мнѣніе Picard'a, который думаетъ, что n. pneumo-gastricus дѣйствуетъ на саливацію можетъ быть болѣе, чѣмъ chorda tympani; слѣдовательно, по этому автору саливація зависитъ отъ вторичнаго пораженія ракомъ этихъ нервовъ.

Кромѣ слюнотеченія при ракѣ пищевода наблюдается значительное отдѣленіе прозрачной тягучей слизи, которая отдѣляется слизистою оболочкою зѣва и глотки. Значительное количество этой слизи, а также и проглоченной слюны, всегда примѣшивается къ отрыгаемымъ пищевымъ массамъ, особенно по утрамъ.

---

[1]) Follin, l. c., p. 62.

[2]) Цит. по Крузенштерну.

[3]) Крузенштернъ, l. c., стр. 20.

[4]) Ganzinotty, Revue médicale de l'Est, t. XVI, 1884, p. 359.

[5]) Стеценко, Къ патологической анатоміи околоушной и подчелюстной железъ при общихъ хроническихъ болѣзняхъ. Дис. 1884 г., Спб.

[6]) Lacour, l. c., p. 22.

Икота рѣдко наблюдается. Изъ нашихъ больныхъ только у двухъ — Сугутта и Сисиной—наблюдалась упорная икота и у перваго въ продолженіи 2 или 3 недѣль, что сильно мучило больнаго. Вызывается она, вѣроятно, здѣсь рефлексомъ съ блуждающаго нерва на грудобрюшный, подобно тому, какъ это бываетъ при страданіяхъ желудка (между прочимъ раковыхъ) и нѣкоторыхъ другихъ брюшныхъ органовъ. Изъ авторовъ лишь немногіе упоминаютъ объ этомъ припадкѣ,—о немъ говорятъ Béhier [1]), Gandais [2]), Lacour [3]), Крузенштернъ [4]) и, по мнѣнію первыхъ двухъ авторовъ, онъ такъ часто отсутствуетъ вслѣдствіе быстраго разрушенія нервныхъ сосочковъ слизистой оболочки пищевода, въ которыхъ находятся окончанія блуждающаго нерва, вслѣдствіе чего не можетъ произойти рефлекса.

Къ этимъ функціональнымъ разстройствамъ въ большинствѣ случаевъ присоединяется рядъ весьма измѣнчивыхъ *субъективныхъ явленій*, изъ которыхъ боли бываютъ до того постоянны, что имъ нельзя не приписать важнаго значенія въ картинѣ припадковъ раковаго пораженія пищевода. Онѣ бываютъ то незначительны, въ видѣ ощущенія давленія въ груди, усиливающагося отъ принятой пищи, то до того сильны, въ видѣ жгучихъ, колющихъ какъ иглами или рвущихъ болей, что составляютъ главныя жалобы больныхъ. Въ литературѣ есть случаи, гдѣ боли были до того сильны, что припадки раковаго съуженія пищевода совершенно ускользали отъ вниманія врачей. Изъ 32-хъ нашихъ стаціонарныхъ больныхъ въ 22-хъ были произвольныя боли; въ двухъ случаяхъ боли были только при глотаніи пищи, а въ остальныхъ 8 случаяхъ никакихъ болей не было. Изъ 57-ми амбулаторныхъ больныхъ только въ 14-ти случаяхъ были произвольныя боли; въ 9-ти—боли являлись исключительно при глотаніи пищи, а въ 34-хъ—относительно болей ничего не сказано. Мѣсто боли, къ сожалѣнію, обыкновенно не дастъ сколько нибудь точнаго указанія на локализацію страданія. У нашихъ больныхъ боли локализировались то въ области желудка и оттуда распространялись по всей груди, спинѣ и особенно между лопатками, то вдоль грудной кости, то вдоль позвоночника и т. д. У больной Павловой боли были въ видѣ кардіалгическихъ. Боли появлялись и исчезали неправильно и повидимому безъ всякой причины, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ онѣ усиливались послѣ глотанія пищи, катетеризаціи и особенно послѣ электролиза. У больной Сисиной всякій разъ послѣ электролиза являлись боли въ видѣ кардіалгическихъ. У нѣкоторыхъ больныхъ боли появлялись преимущественно или съ особенной жестокостью по ночамъ, на что обратили вниманіе Zenker и Ziemssen [5]). У пяти нашихъ больныхъ боли появились раньше развитія дисфагіи и составляли первый припадокъ болѣзни, но въ большинствѣ случаевъ онѣ развивались въ позднихъ стадіяхъ болѣзни и этимъ, вѣроятно, нужно объяснить малое число болей среди амбулаторныхъ боль-

---

[1]) Béhier, l. c., p. 58.

[2]) Gandais, Des rétrécissements cicatriciels et cancéreux de l'oesophage. Thèse de Paris, 1869, p. 22.

[3]) Lacour, l. c., p. 23.

[4]) Крузенштернъ, l. c., стр. 27.

[5]) Zenker und Ziemssen, l. c, стр. 167.

ныхъ, что согласно также и съ мнѣніемъ Oppolzer'а [1]). Кромѣ того, у двухъ нашихъ больныхъ (у Павловой и Вилина) наблюдались приступы болей съ одышкой, въ видѣ припадковъ грудной жабы. Подобные, крайне интересные, случаи описаны также у Marchand'а [2]). У больнаго, наблюдаемаго этимъ авторомъ, «боль начиналась ощущеніемъ тяжести въ груди, продолжительность которой болѣе или менѣе значительная, затѣмъ начинался приступъ. Онъ состоялъ изъ интензивныхъ болей, подобно давленію тисковъ, съ усиленіями болѣе сильными и болѣе острыми. Болѣзненное ощущеніе находилось въ прекардіальной области и распространялось къ плечу. Больной во время этихъ приступовъ былъ блѣденъ, сидѣлъ на постели и издавалъ стоны, которые слышны были на другомъ концѣ залы». Этотъ авторъ обращаетъ еще особенное вниманіе на пронизывающія боли, получающія нерѣдко невралгическій характеръ. Въ случаѣ Grisolle'я [3]) наблюдались приступы межреберной невралгіи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ боли совпадаютъ или чередуются съ приступами удушья, какъ это было у больной Алексѣевой, а у больнаго Преображенскаго эти боли сочетались съ одышкой и сердцебіеніями. Эти боли съ ихъ разнообразными иррадіаціями зависятъ, какъ справедливо говоритъ Marchand [4]), отъ прижатія или вторичнаго пораженія блуждающихъ нервовъ, симпатическихъ и сплетеній основанія сердца. Но Parmentier [5]) наблюдалъ случай, подтвержденный аутопсіей, гдѣ, несмотря на пораженія сердца, околосердія, аорты и plexus cardiaci, больной никогда не имѣлъ припадковъ грудной ангины. Межреберныя невралгіи зависятъ отъ прижатія межреберныхъ нервовъ. Иррадіирующія боли въ области шеи, затылка, плеча и т. д. можно объяснить анастомозами вѣтвей блуждающихъ нервовъ съ шейными нервами.

Кромѣ болей, нѣкоторые изъ нашихъ больныхъ жаловались и на другія непріятныя ощущенія, какъ напр. на стягиваніе глотки или пищевода, на ощущеніе посторонняго тѣла въ опредѣленномъ мѣстѣ пищевода, на ненормальныя вкусовыя ощущенія и т. д.

Всѣ вышеописанныя функціональныя разстройства органа, субъективныя ощущенія больнаго и нарушеніе питанія далеко еще недостаточны для распознаванія болѣзни. Мы имѣемъ кромѣ того цѣлый рядъ *объективныхъ явленій*, изъ сопоставленія которыхъ вытекаетъ обыкновенно довольно точное распознаваніе болѣзни.

Наружный осмотръ въ нѣкоторыхъ случаяхъ имѣетъ важное значеніе и во всѣхъ случаяхъ долженъ быть предпринятъ прежде всего. Здѣсь мы можемъ замѣтить уклоненія въ пластической анатоміи шеи. Отклоненія въ сторону и слишкомъ поверхностное положеніе гортани и дыхательнаго горла указываютъ намъ на опухоль, лежащую позади этихъ органовъ; сглаживаніе нормальныхъ углубленій шеи, особенно лѣвой надключичной ямки, чаще всего происходитъ вслѣдствіе пораженій лимфатическихъ железъ, которыя составляютъ одинъ изъ драгоцѣнныхъ признаковъ раковаго

[1]) Oppolzer, Лекціи частной патологіи и терапіи, т. II, вып. 5, русск. перев. 1874 г., стр. 138.

[2]) Marchand, l. c., p. 29.

[3]) Grisolle, Bulletin de la société anatomique de Paris, 1833, p. 116.

[4]) Marchand, l. c., p. 30.

[5]) Parmentier, Le progrès médical. № 33, p. 665, 1884.

пораженія пищевода. Кромѣ того, здѣсь мы замѣчаемъ состояніе перстневиднаго хряща и щитовидной железы, которые иногда могутъ прижать пищеводъ и вызвать дисфагію. Затѣмъ дивертикулы пищевода образуютъ чаще всего на лѣвой сторонѣ дыхательнаго горла, между нимъ и грудино-ключично-сосковой мышцей, опухоль, которая временами появляется и временами уменьшается или исчезаетъ, смотря по наполненію ея пищевыми массами. Постороннія тѣла, застрявшія въ пищеводѣ, часто выпячиваютъ его лѣвую стѣнку и образуютъ припухлость. Наконецъ состояніе мягкихъ частей, окружающихъ дыхательную трубку и пищеводъ, могутъ дать намъ важныя указанія на патологическій процессъ. Не нужно также забывать осмотрѣть позвоночникъ, такъ какъ заболѣванія его могутъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ отразиться на отправленіяхъ пищевода.

Внутренній осмотръ. Здѣсь прежде всего осматриваются полости рта, зѣва и глотки простымъ глазомъ, гдѣ могутъ быть найдены рубцы и изъязвленія, происшедшія вслѣдствіе сифилитическихъ пораженій, ожогъ кислотами и щелочами, отъ дифтерита и т. д. Глубокія-же части глотки осматриваются помощію зеркала, при чемъ можно осмотрѣть всѣ стѣнки, діагносцировать на нихъ язвы, наросты, постороннія тѣла и т. д. и соотвѣтственно лечить ихъ.

Пищеводъ можно осматривать помощію особаго освѣтительнаго аппарата—эзофагоскопа, но до сихъ поръ этотъ способъ не получилъ распространенія и въ нашей клиникѣ онъ ни разу не употреблялся. Главныя препятствія для осмотра пищевода заключаются во первыхъ въ относительно значительномъ удаленіи глубокихъ частей трубки, которыя должны отразиться въ зеркалѣ хорошо освѣщенными и во вторыхъ въ томъ, что инструментъ долженъ имѣть незначительный объемъ, такъ какъ начало пищевода составляетъ самую узкую часть трубки, мало растягивающуюся. Въ настоящее время существуютъ два инструмента, съ помощію которыхъ можно осмотрѣть пищеводъ. Эзофагоскопъ Waldenburg'а [1]) состоитъ изъ двухъ вложенныхъ другъ въ друга трубокъ изъ новаго серебра, причемъ трубки раздвигаются и инструментъ можетъ удлиняться до 12 сант.; къ наружному концу инструмента придѣлана ручка, за которую удерживается инструментъ и которая служитъ вмѣстѣ съ тѣмъ для придавливанія языка. Инструментъ вводится въ пищеводъ сложеннымъ до тѣхъ поръ, пока наружный конецъ его не будетъ въ глоткѣ, затѣмъ гортаннымъ зеркаломъ освѣщаютъ трубку инструмента и если нужно осмотрѣть глубже лежащія части, то трубки раздвигаютъ помощію особаго винта. Этотъ способъ крайне труденъ и требуетъ большаго навыка со стороны изслѣдователя и привычное терпѣніе со стороны больнаго. Въ большинствѣ случаевъ нельзя держать инструментъ въ пищеводѣ долѣе 13—15 секундъ, вслѣдствіе появляющейся рвоты или же вслѣдствіе затемнѣнія поля зрѣнія стекающею слюною. Кромѣ того, съ помощію этого инструмента невозможно осмотрѣть глубокія части пищевода. Однако Waldenburg при помощи своего эзофагоскопа наблюдалъ съуженіе пищевода съ эктазіею [2]). Болѣе всего достигъ въ этомъ отношеніи

---

[1]) Waldenburg,—Oesophagoskopie. Berliner klinische Wochenschrift, 1870, № 48. Цит. по König'у.

[2]) König.—l. c., стр. 17.

Mikulicz [1]). По его мысли [2]) инструментальный мастеръ Leiter устроилъ эзофагоскопъ, гдѣ каналъ пищевода освѣщается электрическимъ свѣтомъ. Это очень сложный и крайне дорогой инструментъ, состоитъ изъ прямой цилиндрической трубки въ два сант. въ діаметрѣ и длиною около 40 сант.; на внутреннемъ концѣ трубки устроена электрическая лампочка, къ которой идутъ два электрода, помѣщенные въ стѣнкахъ трубки; въ нихъ-же, кромѣ того, идутъ трубки для воды, постоянное теченіе которой непозволяетъ нагрѣваться инструменту отъ лампочки. Изслѣдованіе производится въ лежачемъ положеніи больнаго; введеніе инструмента трудно и требуетъ большаго терпѣнія и привычки со стороны изслѣдуемаго. Съ помощію этого инструмента Mikulicz изслѣдовалъ видъ нормальнаго пищевода, о чемъ было уже сказано выше,—въ анатомическомъ отдѣлѣ и слѣдующіе патологическіе случаи:

1. Два случая рака пищевода; раковая опухоль ясно была видна, особенно ея рѣзкій край ясно отличался отъ остальной блѣдной нормальной слизистой оболочки. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ надъ стриктурой было расширеніе пищевода, содержащее жидкость.

2. Кусочекъ кости въ верхней части груднаго отдѣла пищевода. Онъ расположился поперечно и не только былъ ясно видѣнъ, но чрезъ трубку его удалось захватить крючкомъ и повернуть продольно. Кость прошла въ желудокъ и получилось выздоровленіе.

3. Сжатіе пищевода въ нижней части его пульсирующей опухолью, вѣроятно, аневризмой нисходящей аорты. Діагнозъ не былъ поставленъ до эзофагоскопіи, такъ какъ никакихъ признаковъ не было. Пульсація отъ опухоли очень энергично передавалась инструменту въ вертикальномъ направленіи.

4. Два случая рубцовыхъ стриктуръ.

5. Одинъ случай разрыва слизистой оболочки отъ проглоченнаго кусочка кости.

6. Одинъ случай язвы надъ кардіей и другой случай язвы въ шейной части пищевода.

Судя по результатамъ, добытымъ Mikulicz'емъ, эзофагоскопіи предстоитъ блестящая будущность и, съ усовершенствованіемъ и распространеніемъ этого способа изслѣдованія, вѣроятно удастся сократить число такихъ крайне тяжелыхъ операцій, какъ эзофаготомія.

Ощупываніе. а) *Непосредственное ощупываніе* ограничивается только шейной частью пищевода. Этотъ способъ изслѣдованія, соединенный съ осмотромъ, даетъ чрезвычайно важныя данныя. Онъ производится снаружи вдоль шейной части пищевода и чрезъ ротъ; въ послѣднемъ случаѣ, къ сожалѣнію, мы можемъ ощупать пальцемъ только среднюю и отчасти нижнюю части глотки, но до начала пищевода никоимъ образомъ невозможно достигнуть. Вслѣдствіе отклоненія шейной части пищевода влѣво, ощупываніе его производятъ вдоль бороздки между дыхательнымъ горломъ и лѣвой грудино-ключично-сосковой мышцей. Какъ органъ мягкій, онъ въ нормальномъ состояніи, конечно, не прощупывается, но при патологическихъ процессахъ здѣсь можно

---

[1]) «Wiener Medizinischen Presse», 1881., №№ 45—52.

[2]) Baratoux оспариваетъ идею этого инструмента и приписываетъ ее Trouvé, а нѣмцы только усовершенствовали инструментъ.—De l'oesophagoscopie et de la Gastroscopie, Paris, 1882. (Publié dans la Revue Mensuelle de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie).

иногда ощупать постороннее тѣло, застрявшее въ этой части прохода или же при ощупываніи можно вызвать въ опредѣленномъ мѣстѣ острую колющую боль. Въ другихъ случаяхъ можно ощупать опухоль, изслѣдовать ея консистенцію, границы и т. д., а заставляя больнаго при этомъ глотать, мы по движеніямъ опухоли вверхъ и внизъ можемъ узнать, что она принадлежитъ пищеводу. Nelaton [1]) говоритъ, что онъ этимъ способомъ «легко распозналъ мѣшкообразное расширеніе верхней части пищевода около дыхательнаго горла и выше грудной кости. Если, приложивъ пальцы на это расширеніе, мы заставлялялм больнаго производить движенія, свойственныя глотанію, то замѣчали, что опухоль верхней части пищевода поднималась вверхъ вмѣстѣ съ дыхательнымъ горломъ». Съ помощью этого способа мы во многихъ случаяхъ рака верхней трети пищевода могли опредѣлить ограниченную, твердую, бугристую, не болѣзненную или мало болѣзненную опухоль, которая при глотаніи поднималась вверхъ. Этимъ только маневромъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно опредѣлить нижнюю границу опухоли, чтобы рѣшить вопросъ о резекціи пищевода. Послѣ ощупыванія пищевода, всегда нужно изслѣдовать лимфатическія железы шеи и особенно въ лѣвой надключичной ямкѣ, такъ какъ при ракѣ пищевода здѣсь чаще всего находятъ пораженныя железы. Изъ 89 нашихъ больныхъ въ лѣвой надключной ямкѣ найдены были лимфатическія железы пораженными въ 10 случаяхъ, два раза сонныя лѣвыя; одинъ разъ—лѣвыя подчелюстныя и въ одномъ случаѣ—in fossa jugulare. Кромѣ того, ощупываніемъ мы опредѣляемъ состояніе подъязычной кости и гортанныхъ хрящей, особенно состояніе перстневиднаго хряща. При увеличеніи щитовидной железы мы опрядѣляемъ консистенцію ея, такъ какъ сдавленіе пищевода бываетъ при твердыхъ зобахъ и особенно часто при раковомъ перерожденіи этой железы. Здѣсь же обыкновенно изслѣдуютъ большіе сосуды шеи. Чрезъ ротъ пальцемъ ощупываютъ стѣнки глотки и переднюю поверхность тѣлъ позвонковъ, причемъ иногда могутъ найти полипозныя разращенія, которыя, спускаясь въ пищеводъ могутъ нарушать отправленія этого органа, а на передней поверхности позвоночника могутъ быть найдены костныя разращенія въ видѣ экзостозовъ, гиперостозовъ и т. д.; здѣсь же часто находятъ холодные нарывы при каріозномъ пораженіи тѣлъ позвонковъ. Всѣ эти причины могутъ нарушить отправленія пищевода. Наконецъ, самое главное, чаще всего постороннія тѣла застреваютъ въ нижней части глотки, гдѣ они въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ быть ощупаны.

b) *Посредственное ощупываніе* производится пищеводнымъ зондомъ,—такъ-называемая *катетеризація пищевода*. Этимъ способомъ мы опредѣляемъ существованіе съуженія пищевода, мѣсто его, калибръ и въ нѣкоторыхъ случаяхъ приблизительное протяженіе. Затѣмъ иногда плотность, бугристость съуженной части или же, напротивъ, мягкость и податливость его. Въ отдѣлѣ о катетеризаціи пищевода было уже сказано, что лучше всего катетеризовать пищеводъ зондомъ, состоящимъ изъ китоусоваго прута съ навинчивающимися на внутренній конецъ его оливами изъ слоновой кости. Если больной представляетъ явленія, указывающія на съуженіе пищевода и мы рѣшились произвести катетеризацію этого органа, то прежде нужно брать средняго діаметра оливы, такъ какъ малыми оливами легче повредить больныя стѣнки

---

[1]) Nelaton,—l. c., стр. 456, ч. III.

пищевода. Затѣмъ, хорошо смазавши оливу масломъ, смѣло вводятъ зондъ чрезъ ротъ и глотку въ начало пищевода; послѣ чего чрезвычайно осторожно, по преимуществу зондирующимъ образомъ, принимая во вниманіе анатомическія условія, продвигаютъ оливу глубже до тѣхъ поръ, пока она или не пройдетъ въ желудокъ, или же не встрѣтитъ препятствія; въ послѣднемъ случаѣ останавливаютъ проталкиваніе оливы, немного извлекаютъ ее назадъ, затѣмъ крайне осторожно, болѣе руководствуясь осязаніемъ, слегка надавливаютъ рукой на стилетъ зонда; при этомъ если препятствіе спазмодическаго характера, то обыкновенно олива преодолѣетъ его и пойдетъ дальше, но если препятствіе органическаго характера и съуженіе пищевода меньшаго діаметра, чѣмъ олива, то, конечно, зондъ дальше не пойдетъ. Затѣмъ отмѣчаютъ на стилетѣ зонда уровень верхнихъ рѣзцовъ, извлекаютъ его и тесьмой измѣряютъ разстояніе между замѣткой и концомъ оливы. Теперь стоитъ только вычесть изъ полученной величины 15 сант. или точнѣе 14,8 сант. (среднее разстояніе отъ верхнихъ рѣзцовъ до начала пищевода),—мы получимъ число, которое указываетъ намъ, на какой глубинѣ находится верхняя граница препятствія отъ начала пищевода.—Калибръ съуженной части пищевода опредѣляется діаметромъ оливы, которая проходитъ ее.—Протяженіе съуженной части пищевода довольно точно опредѣляется тѣмъ, что сначала вышеописаннымъ способомъ опредѣляютъ разстояніе верхней границы съуженія отъ начала пищевода; затѣмъ проводятъ чрезъ съуженную часть оливу и какъ только она прошла, что узнается осязаніемъ, тогда измѣряютъ разстояніе нижней границы съуженія отъ начала пищевода и разница полученныхъ цифръ укажетъ на длину съуженія. По нѣкоторымъ авторамъ можно даже наглядно воспроизвести форму съуженія, употребляя для этого хорошій восковой бужъ, но Nelaton [1]) совершенно справедливо не довѣряетъ показаніямъ этихъ бужей. Кромѣ того, нѣкоторые совѣтовали для опредѣленія длины съуженной части пищевода употреблять зондъ съ дѣленіями, на внутреннемъ концѣ котораго находится маленькій мѣшечекъ изъ бычачьей или каучуковой перепонки. Пустой зондъ вводится въ пищеводъ до съуженія и отмѣчается на немъ уровень верхнихъ рѣзцовъ; потомъ онъ проводится чрезъ съуженіе, мѣшечекъ раздувается воздухомъ и зондъ извлекается до тѣхъ поръ, пока онъ своимъ раздутымъ мѣшечкомъ не упрется въ нижнюю границу съуженія; тогда снова отмѣчаютъ тотъ же уровень рѣзцовъ и величина промежутка между этими двумя замѣтками на зондѣ укажетъ длину съуженія. Понятно, что при высокихъ степеняхъ съуженія крайне трудно и даже невозможно опредѣлить калибръ и длину съуженной части пищевода, тѣмъ болѣе, что малыя оливы очень легко запутываются въ складкахъ слизистой оболочки надъ съуженіемъ и кромѣ того верхнее отверстіе съуженой части часто находится не въ центрѣ трубки, а вблизи какой либо стѣнки, вслѣдствіе чего очень трудно и часто даже невозможно въ него попасть оливой. Вообще при зондированіи больнаго пищевода нужно всегда помнить, что зондъ служитъ продолженіемъ пальца и нужно постоянно руководствоваться осязаніемъ. Зондирующая опытная рука ощущаетъ часто плотность раковой стриктуры, неровность и бугристость стѣнокъ ея, а также состояніе калибра той части пищевода, которая лежитъ надъ съуженіемъ.

---

[1]) Nelaton,—l. c., стр. 456.

Выслушиваніе пищевода въ 1868 году было предложено Hamburger'омъ [1]) какъ вспомогательное діагностическое средство и основывается на томъ, что при проглатываніи пищи въ пищеводѣ происходятъ различнаго рода шумы.

Hamburger выслушиваетъ стетоскопомъ шейную часть пищевода слѣва, вблизи дыхательнаго горла, начиная отъ подъязычной кости до fossa supraclavicularis, а грудную часть пищевода выслушиваетъ тоже стетоскопомъ или просто ухомъ вдоль позвоночника, непосредственно возлѣ лѣвой его стороны, между послѣднимъ шейнымъ и 8 груднымъ позвонкомъ. При выслушиваніи прежде всего нужно различать шумъ, происходящій въ глоткѣ, отъ шума, являющагося въ пищеводѣ. При выслушиваніи глотки, во время глотанія воды, слышенъ звучный шумъ плесканья, вслѣдствіе примѣси къ водѣ большаго количества воздуха. При выслушиваніи верхней части пищевода этотъ шумъ покрываетъ собою тотъ шумъ, который возникаетъ въ самомъ пищеводѣ. Этотъ послѣдній шумъ Hamburger опредѣляетъ въ нормальномъ пищеводѣ какъ проскальзываніе съ клокотаніемъ. König [2]) говоритъ, что «вообще этотъ шумъ трудно описать; онъ походитъ на шумъ, слышимый при проскальзываніи маленькаго гладкаго тѣла сквозь кожаный рукавъ».

По Hamburger'у при болѣзняхъ пищевода встрѣчаются слѣдующія уклоненія:

1) Нормальный шумъ глотанія слышенъ не по всему пищеводу, а только до извѣстнаго мѣста, гдѣ онъ вдругъ прекращается. Подобное явленіе наблюдается при съуженіяхъ прохода.

2) Вмѣсто нормальнаго шума слышатся шумы, похожіе на треніе и царапаніе, что указываетъ на потерю вещества или на шероховатости на внутренней поверхности пищевода.

3) При расширеніяхъ пищевода слышно разбрызгиваніе проглоченной воды.

4) При стриктурахъ спазмадическаго происхожденія можно услыхать звучный шумъ отъ возвращающейся жидкости (regurgitatio).

5) При катетеризаціи пищевода можно услыхать скребущій шумъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ зондъ прикасается къ съуженному мѣсту.

6) Уклоненія могутъ касаться быстроты движенія глотка воды и отклоненія въ сторону отъ нормальнаго направленія. Кромѣ того Hamburger различаетъ измѣненія формы глотка воды, который можетъ принимать то форму конуса, то воронки, то обратно-яйцевидную форму и т. д. Интересующихся спеціально этимъ вопросомъ мы отсылаемъ къ сочиненіямъ Hamburger'а [3]), Morell Mackenzie [4]), Albutt F. Clifford [5]) и Sainte-Marie [6]).

---

[1]) Hamburger,—Gazette Hebdomadaire de Midecine et de Chirurgie за 1868 г., № 50; p. 793 и за 1870, № 14, p. 222. Refer. Medizinsche Jahrbücher за 1868 и 1869.

[2]) König,—l. c., стр. 18.

[3]) Hamburger, Klinik der Oesophaguskrankheiten. Erlangen. 1871.

[4]) Morell Mackenzie, Clinical lecture on disease of the oesophagus with special reference to oesophageal auscultation. The Lancet, 1874, I, 30 мая.

[5]) Albutt F. Clifford, On auscultation of the oesophagus. The British med. Journ, 2 октября 1875.

[6]) Sainte-Marie, Des différentes modes d'exploration de l'oesophage. Paris, 1875.

Вообще этомъ методъ изслѣдованія до настоящаго времени мало далъ положительныхъ результатовъ и въ нашей клиникѣ почти совсѣмъ не употреблялся. König [1]) справедливо сомнѣвается, чтобы хирургъ могъ извлечь какую либо выгоду изъ результатовъ этого метода изслѣдованія, хотя Oppolzer [2]) и придаетъ ему важное значеніе.

Выстукиваніе пищевода. Zenker и Ziemssen [3]) указываютъ, что при извѣстныхъ условіяхъ этотъ методъ изслѣдованія можетъ дать положительные результаты. Такъ, при значительномъ растяженіи грудной части пищевода пищевой кашицей или какой либо объемистой опухолью получается тупой тонъ. Дивертикулъ на шеѣ, будучи наполненъ газомъ, даетъ при постукиваніи ясный тонъ, а при наполненіи его пищей—тупой. Кромѣ того, Ziemssen нѣсколько разъ пытался опредѣлить мѣсто съуженія пищевода при помощи наполненія его углекислымъ газомъ. При съуженіи въ пищеводъ вводится растворъ natri bicarbonici и вслѣдъ затѣмъ растворъ acidi tartarici; образующаяся углекислота растягиваетъ расширенное мѣсто трубки, которое дѣлается доступнымъ постукиванію, по крайней мѣрѣ, въ нижнемъ отдѣлѣ пищевода. По мнѣнію Ziemssen'а, этотъ способъ можетъ быть примѣненъ для опредѣленія расширеній пищевода, нѣсколькихъ съуженій его, происшедшихъ послѣ обжиганій; для опредѣленія степени съуженія, т. е. проходимость ея для газовъ и жидкостей и наконецъ при распознаваніи дивертикулъ. Этотъ методъ изслѣдованія при раковомъ съуженіи пищевода едва-ли примѣнимъ и я нигдѣ не нашелъ, чтобы кто нибудь въ подобныхъ случаяхъ его примѣнялъ тѣмъ болѣе, что при ракѣ пищевода съ одной стороны не наблюдаются такія значительныя эктазіи пищевода, а съ другой стороны—хрупкая раково-перерожденная стѣнка пищевода весьма легко можетъ разорваться подъ напоромъ газа и могутъ получиться такіе результаты, которые совсѣмъ нежелательны.

Для діагностики рака пищевода, а равно и для нѣкоторыхъ другихъ заболѣваній этого прохода, иногда даетъ весьма цѣнныя указанія *микроскопическое изслѣдованіе* отрыгаемыхъ частичекъ пищи, рвотныхъ массъ и особенно остатковъ на оливѣ зонда при катетеризаціи или застрявшихъ небольшихъ частичекъ въ глазкѣ эластическаго зонда. Здѣсь мы можемъ найти остатки пищи, грибковыя массы, гной, кровь, частички новообразованій, постороннія тѣла и т. д.,—все это вещи весьма драгоцѣнныя въ діагностическомъ отношеніи. Ziemssen [4]) въ одномъ, крайне затруднительномъ для діагностики, случаѣ опредѣлилъ характеръ съуженія только съ помощью микроскопическаго изслѣдованія крошекъ конкроида, застрявшихъ въ глазкѣ эластическаго зонда при катетеризаціи. Въ этомъ случаѣ діагностика долгое время не была поставлена вслѣдствіе совпаденія многихъ, затрудняющихъ распознаваніе, моментовъ: молодой возрастъ, прежнее повреждене пищевода проглоченной костью, отсутствіе худосочія и т. д. Само собою понятно, что при этомъ способѣ изслѣдованія для діагностики имѣютъ рѣшающее значеніе только положительныя данныя, отрицательныя же не имѣютъ значенія.

Наконецъ въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ діагностика раковаго съуженія пи-

---

[1]) König, l. c., стр. 18.

[2]) Oppolzer, l. c., стр. 90.

[3]) Zenker und Ziemssen, l. c., стр. 10 и 11.

[4]) Zenker und Ziemssen, l. c., стр. 166.

щевода подтверждалась наружными явленіями. Lacour [1]) разсказываетъ, что онъ видѣлъ у профессора Duplay больнаго, страдающаго съуженіемъ пищевода около кардіи. У этого больнаго потомъ появилась раковая опухоль (cancroid) вблизи лѣваго угла рта величиною въ мускатный орѣхъ, которая указала на характеръ съуженія пищевода. Аналогичный случай находится у Béhier.

Осложненія раковыхъ съуженій пищевода. Эти осложненія чаще всего бываютъ со стороны дыхательныхъ путей. Клинически они выражаются разстройствами голоса, одышкой, кашлемъ и т. д.

Разстройства голоса очень часто являются при ракѣ въ верхней трети пищевода, гораздо рѣже при ракѣ въ средней трети и мы никогда не наблюдали ихъ при ракѣ въ нижней трети а Genty [2]) прямо утверждаетъ, что «ракъ нижней трети никогда не осложняется припадками со стороны гортани». Разстройства со стороны гортани мы наблюдали у 5 нашихъ больныхъ, причемъ у всѣхъ раковое съуженіе находилось въ верхней 1/3 пищевода. Въ 60 случаѣ д-ра Крузенштерна пораженіе голоса наблюдалось при локализаціи рака въ средней трети. Разстройства голоса происходятъ вслѣдствіе пораженія возвратныхъ нервовъ, причемъ то поражается одинъ лѣвый, то одинъ правый, иногда же оба нерва вмѣстѣ заразъ или послѣдовательно одинъ за другимъ. При локализаціи рака въ средней трети скорѣе всего поражается лѣвый возвратный нервъ, вслѣдствіе его особаго анатомическаго положенія. Въ большинствѣ случаевъ разстройства голоса появляются въ позднѣйшихъ стадіяхъ развитія болѣзни, но въ двухъ нашихъ случаяхъ они составляли первый признакъ болѣзни. Вначалѣ эти измѣненія голоса могутъ то являться, то исчезать поочередно и промежутки могутъ быть различные, въ другихъ же случаяхъ они, разъ появившись, существуютъ до смерти, иногда съ различными варіаціями въ ихъ интензивности. Во многихъ случаяхъ полной афоніи предшествуютъ различныя измѣненія голоса. Онъ измѣняетъ свой тэмбръ, становится сиплымъ или хриплымъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ пріобрѣтаетъ особенный характеръ, который Jaccoud [3]) называетъ битональнымъ голосомъ (la voix bitonale). Вслѣдствіе неодинаковаго напряженія голосовыхъ связокъ одновременно образуется два различныхъ тона,—одинъ болѣе низкій, а другой болѣе высокій. Подобный голосъ очень рѣзкій, выкрикивающій и крайне непріятный, какъ обыкновенно говорятъ: «рѣжетъ ухо». Различное напряженіе голосовыхъ связокъ происходитъ или отъ спазма при раздраженіи возвратнаго нерва опухолью, или же отъ одностороння паралича. Послѣднее бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда раковыя массы уже инфильтрировали нервные стволы, что привело къ атрофіи первичныхъ нервныхъ волоконецъ. Кромѣ того, въ нѣкоторыхъ случаяхъ у больныхъ является хриплый кашель, сухой, причудливый, который по Genty [4]) можетъ даже представлять характеръ коклюшнаго кашля. Разстройства голоса не всегда зависятъ отъ матеріальныхъ измѣненій нервовъ, но чаще отъ того давленія, которому эти нервы подвер-

---

[1]) Lacour, l. c., p. 36.

[2]) Genty, Des symptomes laryngés d'origine nerveuse dans le cancer de l'oesophage. Thèse de Paris. 1883, p. 15.

[3]) Jaccoud, Pathologie interne, t. II, стр. 378, Русск. пер. 1878.

[4]) Genty,—l. c., p. 18.

гаются со стороны опухоли. А такъ какъ степень этого давленія измѣняется, то и голосъ можетъ по временамъ улучшаться; впрочемъ при ракѣ пищевода эти перемѣны чаще всего наблюдаются въ начальныхъ стадіяхъ болѣзни и онѣ обыкновенно не очень рѣзки; но при аневризмѣ аорты эти перемѣны бываютъ очень рѣзки и быстры. При всѣхъ этихъ измѣненіяхъ голоса ляригоскопическое изслѣдованіе гортани дастъ намъ чрезвычайно важныя указанія. Обыкновенно при этомъ, кромѣ функціональныхъ разстройствъ голосовыхъ связокъ, никакихъ другихъ измѣненій въ гортани не находятъ. Если парализована одна связка, то она остается неподвижною при дыханіи, что выражается особенно рѣзко при фонаціи, тогда какъ здоровая связка и черпаловидный хрящъ той же стороны приходятъ въ сильное движеніе при фонаціи высокихъ тоновъ и даже могутъ заходить за срединную линію, вслѣдствіе чего голосовая щель представляется кривою. Иногда парализованная связка кажется длиннѣе здоровой, такъ какъ она не напрягается при фонаціи. При двухстороннемъ параличѣ находятъ неподвижность обоихъ голосовыхъ связокъ, а голосовую щель расширенной. При парезѣ вышеописанныя явленія будутъ казаться менѣе рѣзкими. Кромѣ того, при ракѣ верхней трети пищевода въ рѣдкихъ случаяхъ разстройства голоса могутъ зависѣть отъ перехода новообразованія на гортань, на что укажетъ намъ ляригоскопическое изслѣдованіе.

Вмѣстѣ съ разстройствами голоса при раковомъ съуженіи верхней трети, а иногда и средней трети пищевода, могутъ наблюдаться *разстройства со стороны дыханія*, въ видѣ одышки, которая можетъ являться съ одной стороны вслѣдствіе пораженія возвратныхъ и блуждающихъ нервовъ, а съ другой—вслѣдствіе пораженія воздухоносныхъ путей или ихъ прижатія раковою опухолью, перерожденными лимфатическими железами, абсцессами задняго груднаго промежутка и т. д.

Экспериментальная физіологія и хирургическій опытъ показали намъ, что перерѣзка одного или обоихъ возвратныхъ нервовъ у взрослыхъ влечетъ за собою только одну потерю голоса, безъ нарушенія дыханія. Krishaber [1]) въ 1880 году сообщилъ въ «la Société de biologie» два наблюденія перерѣзки возвратнаго нерва у человѣка при операціи удаленія щитовидной железы: въ первомъ случаѣ одинъ лѣвый возвратный нервъ былъ разрѣзанъ (случай Tillaux), въ другомъ же—оба возвратные были перерѣзаны (случай Richelot'a). У обоихъ больныхъ дыханіе не было нарушено, только одинъ голосъ былъ пораженъ. Вслѣдствіе этого Krishaber полагаетъ, что при аневризмахъ дуги аорты диспноэтическія явленія, иногда наблюдаемыя у больныхъ, зависятъ не отъ паралича возвратныхъ нервовъ, а напротивъ отъ ихъ раздраженія, причемъ является спазмъ гортани. Это объясненіе диспноэтическихъ явленій, наблюдаемыхъ при аневризмахъ, совершенно приложимо къ раку пищевода, такъ какъ и здѣсь является то же самое сжатіе нервовъ и только природа опухоли различна. Кромѣ этой причины, при ракѣ пищевода одышка можетъ еще зависѣть отъ прижатія или вторичнаго пораженія блуждающихъ нервовъ. Marchand обращаетъ особенное вниманіе на совпаденіе приступовъ одышки, наблюдаемыхъ при ракѣ пищевода, съ пораженіями блуждающихъ нервовъ. Въ нѣкоторыхъ изъ его случаевъ приступы одышки были на

---

[1]) См. Genty,—l. c., p. 13.

столько сильны, что объ основной ихъ причинѣ—о ракѣ пищевода узпали только при вскрытіи, а въ его XII случаѣ больной умеръ во время одного изъ этихъ приступовъ удушья Крузенштернъ также въ одномъ изъ своихъ случаевъ приписываетъ одышку прижатію блуждающаго нерва. Изъ нашихъ больныхъ двое (Каинъ и Павлова) постоянно чувствовали потребность къ дыханію, а при нѣкоторомъ усиліи у этихъ больныхъ являлась одышка настолько сильная, что они приводили въ дѣйствіе всѣ свои вдыхательныя мышцы. Но кромѣ этой постоянной потребности къ дыханію, у нихъ являлись приступы одышки безъ всякой видимой причины, вдругъ, иногда среди ночи, во время сна. Эти приступы были похожи на приступы астмы. Затрудненіе дыханія наблюдалось въ фазѣ вдыханія, которое происходило съ особеннымъ дыхательнымъ шумомъ (Bruit de cornage—французовъ) иногда очень громкимъ, зависящимъ отъ прохожденія воздуха чрезъ съуженное мѣсто. У больной Павловой одышка, временами усиливающаяся въ видѣ астматическихъ приступовъ, была на столько сильна, что ей сдѣлана была трахеотомія, причемъ мы убѣдились, что эта одышка зависѣла отъ проростанія раковой опухоли въ дыхательное горло. У Каина одышка также зависѣла отъ проростанія рака въ дыхательное горло и кромѣ того у него было найдено пораженіе возвратныхъ и блуждающихъ нервовъ. Подобные случаи мы находимъ еще у Genty (obs. II) и Renaut [1]).

Гораздо чаще одышка при ракѣ пищевода зависитъ отъ съуженія воздухоносныхъ путей, которая можетъ происходить отъ различныхъ причинъ: отъ проростанія рака въ дыхательные пути, какъ это было въ вышеописанныхъ двухъ нашихъ случаяхъ; отъ прижатія дыхательнаго горла и бронховъ раковою опухолью или перерожденными лимфатическими железами, каковые случаи Крузенштернъ наблюдалъ 12, а Marchand—4 (obs. II, XII, XIV и XVI). Lacour [1]) приводитъ случаи Leroux и Barret, гдѣ больные умерли отъ удушья, которое зависѣло въ первомъ случаѣ отъ обширнаго абсцесса въ заднемъ грудномъ промежуткѣ, а во второмъ—отъ абсцесса между дыхательнымъ горломъ и пищеводомъ. Въ 60 случаѣ д-ра Крузенштерна смерть наступила во время приступа удушья и при аутопсіи оказалось, что на мѣстѣ сообщенія пищевода съ правымъ бронхомъ находился кусокъ котлеты, проглоченной незадолго до катастрофы— Наконецъ одышка можетъ еще зависѣть отъ коллятеральнаго отека гортани и главнымъ образомъ черпаловидно-надгортанныхъ связокъ, что можетъ случиться при раковомъ пораженіи самаго начала пищевода и нижней части глотки.

Съ терапевтической точки зрѣнія весьма важно дифференцировать одышку, зависящую отъ пораженія возвратныхъ и блуждающихъ нервовъ, отъ одышки, происходящей вслѣдствіе пораженія или прижатія воздухоносныхъ путей, такъ какъ въ первомъ случаѣ трахеотомія вполнѣ достигаетъ цѣли, во второмъ же случаѣ она достигаетъ цѣли только въ рѣдкихъ случаяхъ и кромѣ того представляетъ большія опасности, на что указываетъ нашъ случай (см. исторію болѣзни Павловой). Здѣсь прежде всего нужно обратить вниманіе на то, что въ первомъ случаѣ одышка существуетъ не постоянно, является приступами и сопровождается пораженіемъ голоса. Напротивъ того, во второмъ случаѣ одышка существуетъ постоянно, какъ и причина производя-

---

[1]) Lacour,—l. c., p. 51.

щая ее; голосъ можетъ быть нормальнымъ, при выслушиваніи груди въ стернальной области слышенъ рѣзкій свистящій шумъ, зависящій отъ прохожденія воздуха чрезъ съуженное мѣсто дыхательной трубки, а если существуетъ сжатіе одного изъ бронховъ, то въ соотвѣтствующемъ легкомъ является ослабленіе дыхательныхъ шумовъ. Нужно замѣтить, что эта дифференцировка во многихъ случаяхъ крайне затруднительна и нерѣдко совершенно невозможна, такъ какъ часто существуютъ обѣ причины вслѣдствіе чего явленія бываютъ чрезвычайно разнообразнаго характера, среди которыхъ иногда крайне трудно разобраться. Но д-ръ Schmitt [1]) сообщаетъ, что въ одномъ, наблюдавшемся имъ, случаѣ сдѣлано было распознаваніе вторичнаго пораженія трахеи при ракѣ пищевода и не была сдѣлана трахеотомія. При аутопсіи на задней стѣнкѣ трахеи, на уровнѣ ея бифуркаціи, найдена опухоль съ орѣхъ, закупоривающая почти совершенно лѣвый бронхъ.

При ракѣ пищевода часто наблюдается кашель, который бываетъ крайне разнообразнаго характера и зависитъ отъ многихъ причинъ. При высокой локализаціи рака кашель иногда вызывается при всякой попыткѣ глотанія и можетъ быть объясненъ попаданіемъ частичекъ пищи въ полость гортани. Таковъ 41 случай д-ра Крузенштерна. Въ другихъ случаяхъ происхожденіе его сводится на раздраженіе трахеи или бронховъ, вызываемое давленіемъ опухоли или инфильтрированныхъ железъ. Въ этихъ случаяхъ кашель бываетъ большею частью сухой или сопровождается незначительнымъ отдѣленіемъ слизистой мокроты, а при пораженіи возвратныхъ нервовъ онъ бываетъ хриплымъ, иногда причудливымъ и можетъ являться приступами въ видѣ коклюшныхъ, какъ объ этомъ свидѣтельствуетъ Genty [2]). У нашихъ больныхъ мы не наблюдали кашля въ видѣ приступовъ коклюша, но у больнаго Алексѣева всякій разъ при попыткахъ къ глотанію пищи или воды появлялся приступъ удушливаго кашля, который, всего вѣроятнѣе, вызывался попаданіемъ частицъ пищи въ гортань.

Самую замѣчательную и вмѣстѣ съ тѣмъ весьма важную причину кашля, соединеннаго съ удушьемъ, представляютъ сообщенія пищевода съ дыхательными путями,—fistules: oeso—laryngée, oeso-tracheale и oeso-bronchique. Явленія со стороны дыхательнаго аппарата, вызываемыя прободеніемъ, могутъ быть или очень рѣзки, или же настолько незначительны, что о происшедшей перфораціи узнаютъ только при аутопсіи. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сообщающее отверстіе находится надъ съуженнымъ мѣстомъ пищевода или оно лежитъ между двумя съуженіями, изъ коихъ верхнее менѣе узко и пропускаетъ пищу, если при этомъ это отверстіе широко и непосредственно сообщаетъ пищеводъ съ дыхательными путями, то припадки этого рода перфорацій чрезвычайно рѣзки. Напротивъ того, когда отверстіе мало и выше его пищеводъ сильно съуженъ или же когда это сообщеніе устанавливается при помощи фистулезнаго хода, то въ этихъ случаяхъ припадки бываютъ или крайне незначительны, или же совсѣмъ ихъ не бываетъ и только при аутопсіи находятъ эти сообщенія. Въ случаяхъ перваго рода, какъ только устанавливается непосредственное, широкое сообщеніе пищевода съ дыхательными путями, у больнаго каждый глотокъ пищи, особенно жидкой или даже слюны, сопровождается приступомъ жесточайшаго

---

[1]) Schmitt,—Revue médicale de l'Est. T. XIV, 1882, p. 491.

[2]) Genty, l. c., p. 18.

кашля, соединеннаго съ удушьемъ. У нашихъ больныхъ Кириллова и Лапина эти приступы были настолько тяжелы, что они совершенно отказывались принимать пищу и не глотали слюну. Ganzinotty собралъ изъ литературы 36 случаевъ рака пищевода, гдѣ существовали перфораціи дыхательныхъ путей, изъ нихъ въ 17 случаяхъ симптомы перфорацій были ясно выражены. Объ этомъ также говоритъ Béhier [1]) и приводитъ наблюденіе Salneuve'a. Эти приступы удушливаго кашля происходятъ вслѣдствіе попаданія частицъ проглатываемыхъ веществъ въ дыхательные пути и раздраженія ихъ чувствительной слизистой оболочки, причемъ вмѣстѣ со слизью иногда выбрасываются попавшія туда частички пищи. При прободеніи въ гортань Mackenzie [2]) наблюдалъ сильную боль въ горлѣ, хриплый голосъ, приступы сильнаго кашля и удушья во время глотанія пищи. Здѣсь эти приступы зависятъ отъ раздраженія чувствительнаго верхняго гортаннаго нерва, котораго французы называютъ охранителемъ гортани (la sentinelle du larynx). Но это охраненіе далеко неполное,—частички пищи, главнымъ образомъ жидкой, втягиваются въ тончайшіе дыхательные пути, тамъ разлагаются и производятъ фокусную гнилостную пневмонію,—schluckpneumonie нѣмецкихъ авторовъ. Такимъ образомъ здѣсь присоединяется вторая причина кашля,—гнилостная пневмонія вмѣстѣ съ бронхитомъ. Больной начинаетъ лихорадить, истощеніе и упадокъ силъ идетъ быстрѣе и фатальный исходъ болѣзни ускоряется. Кромѣ того, діагностика перфорацій воздушныхъ путей въ нѣкоторыхъ случаяхъ устанавливалась еще тѣмъ, что при катетеризаціи пищевода проникали зондомъ въ трахею, причемъ, кромѣ dyspnoe и кашля, наблюдали движеніе воздуха, который входилъ и выходилъ чрезъ зондъ при каждомъ дыханіи. Объ этомъ говоритъ Ganzinotty [3]). Freudenhammer [4]) обратилъ вниманіе на два признака: 1) въ мѣстѣ перфораціи слышится при глотаніи жидкости ясный, журчащій шумъ съ металлическимъ оттѣнкомъ и 2) если ввести не глубоко въ пищеводъ эластическій полый зондъ, то выходитъ чрезъ него немного воздуха, что дѣлается еще яснѣе, если заставить больнаго сильно кашлять, а если наружный конецъ зонда опустить въ воду, то при выдыханіи въ ней появляются пузыри. Ziemssen [5]) наблюдалъ выдѣленіе проглоченной пищи съ мокротой, а Obernier [6])—появленіе проглоченнаго угольнаго порошка въ трахеѣ, что было прослѣжено гортаннымъ зеркаломъ.

Напротивъ того, въ случаяхъ втораго рода такихъ грозныхъ явленій не бываетъ; больной продолжаетъ жить, кашель хотя временами и является и можетъ даже сопровождаться воспаленіемъ легкихъ, но эти явленія не такъ характерны и перфорація узнается только при вскрытіи. Такъ это было у нашего больнаго Алексѣева, у котораго при аутопсіи найдено было перфорирующее отверстіе, ведущее въ трахею, но это отверстіе было невелико, величиною въ гусиное перо и лежало подъ съуженіемъ пищевода, которое было настолько сильное, что пропускало только желобо-

---

[1]) Béhier, l. c., p. 84.

[2]) Mackenzie, l. c., p. 649, 17 Iuni 1876.

[3]) Ganzinotty, l. c., p. 364.

[4]) Freudenhammer,—Carcinoma oesophagi, Diss. Berlin, 1873, s. 16.

[5]) Ziemssen, l. c., стр. 106 и 107.

[6]) Obernier, Berl. Klin. Wochenschr. 1866, № 25.

ватый зондъ; слѣдовательно, при жизни чрезъ него никакая пища не проходила и не могла попасть въ дыхательные пути; точно также у этого больнаго не было найдено и явленій Schluckpneumonie. То же самое наблюдалъ у своего больнаго Béhier [1]), который еще приводитъ подобный же случай Pigeaux.

Кромѣ того, ракъ пищевода весьма часто осложняется различными пораженіями легочной ткани, которыя развиваются преимущественно въ послѣднемъ періодѣ болѣзни. Раньше было уже сказано, что прободенія дыхательныхъ путей влекутъ за собою механическую гнѣздную гнилостную пневмонію, такъ называемую Schluckpneumonie, которая можетъ повести къ мѣстной гангренѣ легочной ткани. У нашего больнаго Киселева была найдена гнилостная пневмонія вмѣстѣ съ широкой перфораціей задней стѣнки трахеи. Но эта пневмонія можетъ образоваться и безъ перфорацій дыхательныхъ путей, когда больные дѣлаются настолько слабыми, что уже не въ состояніи покинуть постели. Здѣсь можно предположить, что при часто повторяющейся регургитаціи, которая иногда наступаетъ внезапно, отрыгаемыя массы, при постоянномъ лежаніи больныхъ на спинѣ, попадаютъ въ гортань и трахею, откуда втягиваются въ болѣе глубокія дыхательныя вѣтви и здѣсь вызываютъ механическую гнѣздную пневмонію.

Гораздо чаще при ракѣ пищевода въ легкихъ образуется гипостатическая пневмонія, которая весьма легко является въ томъ періодѣ болѣзни, когда больные, вслѣдствіе крайняго истощенія и упадка силъ, вынуждены постоянно находиться въ кровати, тѣмъ болѣе, что эти больные обыкновенно престарѣлаго возраста, потаторы, часто съ атероматозными сосудами, съ различными дегенеративными процессами мускулатуры сердца, что ведетъ къ слабости сердечной дѣятельности и послѣдовательно къ застою крови въ легкихъ. Всѣ эти причины легко производятъ гипостатическую пневмонію, которая иногда можетъ вести даже къ омертвенію легочной ткани. У многихъ нашихъ больныхъ при вскрытіи найдены гипостазы въ легкихъ, а у больнаго Сугутта гипостатическая пневмонія осложнилась частичной гангреной легочной ткани, вслѣдствіе чего въ легкихъ образовались различной величины пещеры.

Непосредственный переходъ раковаго новообразованія на легочную ткань (per continuitatem) и также большіе метастатическіе раковые узлы могутъ вызвать въ окружающихъ частяхъ легочной ткани реактивное воспаленіе съ исходомъ въ гангрену. Въ этихъ случаяхъ при жизни объективное изслѣдованіе въ большинствѣ случаевъ не даетъ убѣдительныхъ доказательствъ въ пользу того, что здѣсь дѣло идетъ объ инфильтраціи легочной ткани раковыми массами, а не о пневмоніи; можно иногда только съ большею или меньшею вѣроятностью предполагать пораженіе ракомъ того или другаго легкаго; вполнѣ же вѣрное и точное распознаваніе въ большинствѣ случаевъ приходится дѣлать при аутопсіи, что и было у нашихъ больныхъ Петра Михайлова и Осипова.

Habershon [2]), Desnos [3]) и Henri Lemaitre [4]) обратили вниманіе на совпаденіе

---

[1]) Béhier, l. c., p. 83—84.

[2]) Habershon,—On Diseases of the Abdomen. 1862. Цит. по Крузенштерну, König'у и Zenker'у и Ziemssen'у.

[3]) Desnos,—Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1879, Paris. p. 49.

[4]) Lemaitre,—Complications pleuro-pulmonaires du cancer de l'oesophage. Thèse de Paris 1880

легочной гангрены и развитія пневмоній съ разрушеніемъ блуждающихъ нервовъ. Эти авторы, на основаніи нѣсколькихъ своихъ случаевъ, думаютъ, что пораженія легочной ткани зависятъ отъ разрушенія трофическихъ волоконъ, заключающихся въ стволахъ блуждающихъ нервовъ. Lemaître, допуская эту гипотезу, ссылается на экспериментально произведенныя воспаленія внутренностей Brown—Séquard'a, Schiff'a и Vulpian'a, также на случай Trousseau, гдѣ флегмонозный perinephritis приписанъ имъ сильной болѣзненности яичка; кромѣ того, въ этихъ пораженіяхъ легочной ткани онъ находитъ аналогію съ измѣненіями въ кожѣ при пораженіи периферическихъ нервовъ,—также съ тѣми легочными приливами, которые наблюдаются при ущемленной грыжѣ кишокъ и которые Проф. Verneuil приписываетъ раздраженію большаго симпатическаго нерва; наконецъ онъ ссылается на гипотезу Fernet, по которой пневмонія можетъ зависѣть только отъ неврита блуждающаго нерва,—гипотеза, опирающаяся на нѣкоторое число аутопсій.

На основаніи своихъ собственныхъ случаевъ я ничего не могу сказать относительно этой гипотезы, такъ какъ у нашихъ больныхъ происхожденіе пневмоній естественнѣе можно объяснить другими моментами, указанными выше. Во всякомъ случаѣ эта гипотеза безспорно заслуживаетъ большаго вниманія.

Многіе французскіе авторы, начиная съ Lebert'a, обращаютъ еще вниманіе на частое совпаденіе рака пищевода съ легочной чахоткой и общей бугорчаткой. У Lebert'a [1]) въ половинѣ случаевъ найдены были туберкулы въ легкихъ и другихъ органахъ. Béhier [2]) также нерѣдко встрѣчалъ при ракѣ пищевода туберкулезъ. Michaux [3]) и Josias [4]) сообщаютъ случаи рака пищевода, осложненнаго общимъ миліарнымъ туберкулезомъ. Крузенштернъ [5]) изъ 60 своихъ случаевъ нашелъ въ 7 бугорчатку. Такое совпаденіе Проф. Peter [6]) и за нимъ Porchaire [7]) объясняютъ истощеніемъ,—inanition или inanitiation по Chossat, inanisation по Littré. На 14 стр. своихъ лекцій профессоръ Peter говоритъ, что «всякій разъ, какъ питаніе нарушается, возможно появленіе туберкулеза», поэтому при ракѣ пищевода туберкулезъ является не вслѣдствіе какого либо соотношенія съ раковымъ новообразованіемъ, но вслѣдствіе того, что ракъ съуживаетъ пищеводъ и получается быстрое истощеніе организма отъ недостаточности питанія. То же самое происходитъ и при рубцовыхъ съуженіяхъ пищевода. Итакъ, природа съуженій здѣсь не играетъ никакой роли.

Что касается нашихъ случаевъ, то изъ 11 аутопсій мы нашли въ трехъ случаяхъ старыя творожистыя гнѣзда въ легкихъ и ни разу не видѣли свѣжихъ туберкуловъ. Точно также мы ни разу не наблюдали туберкулеза и у тѣхъ больныхъ, которые, пролежавъ нѣкоторое время въ клиникѣ, выписывались, а также и у тѣхъ, которые лечились амбулаторно.

---

[1]) Lebert,—l. c., p. 445.
[2]) Béhier,—l. c., p. 86.
[3]) Michaux,—Bulletins de la Société anatomique de Paris, 4 s., t. IV, 1879, p. 19—21.
[4]) Josias,—Le Progrès médical, № 10, 1884, p. 191.
[5]) Крузенштернъ,—l. c., стр. 34.
[6]) Michel Peter,—Leçons de clinique médicale, t. II, leç. 38, p. 13—40.
[7]) Porchaire,—Tuberculose consécutive au rétrécissement cancereux de l'oesophage. Thèse de Paris, 1883.

При прободеніи *плевры* и *околосердечной сорочки* обыкновенно развивается скоротечное гнойное или гнилостное воспаленіе этихъ оболочекъ, иногда съ развитіемъ газовъ и такимъ образомъ являются pyopneumothorax и pyopneumo-paricardium. Быстрота появленія и количество выпота, равно какъ гнойныя или гнилостныя свойства послѣдняго, опредѣляемыя пробнымъ проколомъ, въ связи съ существовавшимъ уже раньше страданіемъ пищевода, обезпечиваютъ распознаваніе.

При прободеніи въ *аорту* или въ какой либо другой крупный сосудъ, понятное дѣло, должно произойти смертельное кровотеченіе.

При прободеніи въ *межлегочное пространство* и въ запищеводную клѣтчатку на шеѣ, помимо боли въ груди, разстройства движеній позвоночника и лихорадки, можетъ иногда образоваться подкожная эмфизема, которая имѣетъ громадное значеніе для распознаванія. При дальнѣйшемъ теченіи могутъ образоваться гнойники и свищевыя сообщенія между пищеводомъ и поверхностью шеи, чрезъ которыя могутъ выдѣляться наружу проглоченныя жидкости.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ракъ пищевода осложняется *гнило-и-гноекровіемъ*. Такъ у нашего больнаго Яковлева при вскрытіи найдены гнойники въ верхушкѣ праваго легкаго, въ сальникѣ, въ правой околопочечной клѣтчаткѣ, на различныхъ мѣстахъ тѣла въ подкожной клѣтчаткѣ и между мышцами, а также и около нѣкоторыхъ составовъ; кромѣ того, въ полости праваго колѣннаго состава найдена гнойная жидкость. Всего вѣроятнѣе эти гнойныя скопленія эмболическаго происхожденія изъ раковой язвы пищевода. Deininger [1]) упоминаетъ о возможности развитія гангрены легкаго изъ эмболюса. Сюда же относится вышеописанный замѣчательный случай Hindenlang'a. Какъ примѣръ быстротечной септикэміи при ракѣ пищевода можетъ служить случай Vulpian'a [2]), гдѣ у больнаго, еще не слишкомъ истощеннаго, быстро явились очень тяжелые симптомы гнилостнаго зараженія крови и чрезъ 6 дней смерть. Кромѣ того, г. Крузенштернъ въ 33 своемъ случаѣ наблюдалъ менингеальныя явленія, а Terrillon [4]) послѣ операціи гастростоміи—гемиплегію, но въ обоихъ случаяхъ осталось не выясненнымъ, какое отношеніе имѣли эти явленія къ раку пищевода.

Robert [5]) у своей 66-лѣтней больной, страдающей ракомъ пищевода, наблюдалъ *молочницу* во рту. Насколько это осложненіе можетъ быть тяжелымъ, показываетъ случай Domachino [6]), гдѣ у 19-тилѣтней чахоточной дѣвушки передъ смертью въ средней и нижней третяхъ пищевода молочница образовала настолько значительныя отложенія, что явились рѣзкіе припадки дисфагіи.

Теченіе болѣзни хроническое и постепенно прогрессивное. Но быстрота, съ которой развиваются тяжелые припадки болѣзни, бываетъ у разныхъ больныхъ различна; у однихъ—роковое новообразованіе ростетъ очень быстро и въ короткое время на-

---

[1]) Deininger,—Ein Fall von Epithelkrebs im Oesophagus. Diss. Erlangen, 1860. Цит. по Крузенштерну.

[2]) Vulpian,—Clinique médicale de l'hopital de la Charité. Paris (1878). 1879. p. 187.

[4]) Terrillon,—Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, t. X, p. 273, 1884.

[5]) Robert,—Le progrés médical, t. IX, 1881, Paris p. 129.

[6]) Domachino,—Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris. t. VI, 2 s., (1879) 1880, p. 70—74.

столько съуживаетъ просвѣтъ пищевода, что больной, судя по нашимъ исторіямъ болѣзни, чрезъ $1^1/_2$—2 мѣсяца отъ начала появленія первыхъ симптомовъ бываетъ въ состояніи глотать только одну жидкую пищу, вслѣдствіе чего истощеніе является очень быстро; напротивъ того, другіе больные чрезъ полгода отъ начала заболѣванія въ состояніи еще глотать мягкую, а иногда и твердую пищу и у нихъ истощеніе появляется гораздо позднѣе. Нами замѣчено, что вообще у пьяницъ болѣзнь развивается особенно быстро и чрезъ полгода можетъ привести къ смертельному исходу.

Исходъ болѣзни во всѣхъ случаяхъ неизбѣжно смертельный. Этотъ роковой конецъ болѣзни происходитъ чрезъ различные промежутки времени отъ начала заболѣванія; по нашимъ случаямъ продолжительность болѣзни въ среднемъ выводѣ была=9 мѣс. (minimum=5 мѣс., maximum=$14^1/_2$ мѣс.). По Lebert'у [1]) средняя продолжительность болѣзни=13 мѣс., у Mackenzie [2])=8 мѣс. (minimum=5 нед., maximum=16 мѣс.); у Крузенштерна [3])=$5^1/_2$ мѣс. (minimum=5 нед., maximum=2 года); König [4]) утверждаетъ, что наибольшая продолжительность=2 годамъ. Въ 8 нашихъ случаяхъ смерть произошла вслѣдствіе прогрессивнаго истощенія, а 5 больныхъ умерли отъ различныхъ осложненій. По другимъ авторамъ смерть отъ осложненій болѣзни бываетъ приблизительно въ половинѣ всѣхъ случаевъ.

Дифференціальный діагнозъ. Имѣя предъ собою больнаго съ припадками разстройства глотанія, намъ прежде всего предстоитъ рѣшить вопросъ, происходитъ ли дисфагія вслѣдствіе органическаго пораженія стѣнокъ пищевода или вслѣдствіе прижатія этого прохода какою либо опухолью, развившеюся по сосѣдству, или же наконецъ вслѣдствіе функціональнаго разстройства этого органа. Въ послѣднемъ случаѣ дисфагія можетъ зависѣть съ одной стороны отъ судороги мышцъ пищевода,—oesophagismus и съ другой—отъ паралича ихъ.

При спазмодическомъ съуженіи пищевода распознаваніе главнымъ образомъ опирается: 1) на смѣну между полной непроходимостью пищевода съ одной стороны и совершенно нормальнымъ отправленіемъ прохода съ другой (Béhier) [5]); 2) на длительность страданія, въ огромномъ большинствѣ случаевъ у молодыхъ субъэктовъ и притомъ женщинъ, у которыхъ къ тому же часто находятъ другія нервныя разстройства, въ видѣ истеріи, гипохондріи и т. д., какъ объ этомъ сообщаютъ Mondière [6]), Roux [7]), Seney [8]), Zenker и Ziemssen [9]) и др; наконецъ 3) болѣе всего

---

[1]) Lebert,—l. c., p. 459.

[2]) Mackenzie,—l. c., p. 81, Juli 22. 1876.

[3]) Крузенштернъ,—l. c., стр. 13.

[4]) König,—l. c., стр. 88.

[5]) Béhier,—l. c., p. 104.

[6]) Mondière,—Recherches sur l'oesophagisme, ou spasme de l'oesophage. Arch. génér. de méd., t. I, p. 465, 1833.

[7]) Roux,—Sur quelques points du diagnostic des rétrécissements spasmodiques de l'oesophage avec ou sans lesion et de l'intervention du traitement par le bromure de potassium pour éclairer ce diagnostic. Thèse. Paris. 1873.

[8]) Seney,—Contribution a l'étude du rétrécissement spasmodique de l'oésophage et du vaginisme. Thèse. Paris. 1873.

[9]) Zenker und Ziemssen,—l. c., стр. 176.

на опредѣленіе съ помощью зонда нормальнаго калибра пищевода въ свободные промежутки, между тѣмъ какъ во время приступа зондъ или совершенно не проходитъ, или же протискивается чрезъ съуженіе съ трудомъ. Въ трудныхъ случаяхъ, особенно тамъ, гдѣ спазмъ пищевода является какъ послѣдствіе органическихъ измѣненій самой стѣнки, напримѣръ при постороннихъ тѣлахъ, изъязвленіяхъ, быстро растущихъ опухоляхъ и пр., діагнозъ устанавливается только послѣ многократнаго изслѣдованія больнаго. Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ осторожное заключеніе ex juvantibus тоже не лишено значенія, причемъ спазмъ можетъ пройти отъ введенія зонда, отъ гальваническаго тока и отъ пріемовъ различныхъ противосудорожныхъ средствъ, изъ коихъ Roux особенно настоятельно рекомендуетъ бромистый потассій. Мы въ двухъ случаяхъ наблюдали дисфагію, зависящую отъ спазма пищевода, одинъ разъ у мужчины 65 лѣтъ, страдающаго грудной ангиной и другой у истеричной женщины 43 лѣтъ; въ обоихъ случаяхъ діагнозъ былъ поставленъ на основаніи непостоянства степени съуженія и полныхъ ремиссій, гдѣ больные свободно глотали всякую пищу. При катетеризаціи зондъ съ самой большой оливой свободно проходилъ въ желудокъ. Кромѣ того въ обоихъ случаяхъ бромистый потассій вліялъ очень благодѣтельно.

Параличъ пищевода въ крайне рѣдкихъ случаяхъ можетъ симулировать органическое съуженіе канала. Обыкновенно онъ наблюдается какъ частное проявленіе обширныхъ мозговыхъ параличей, затѣмъ послѣ дифтерита, при сифилисѣ, при хроническомъ отравленіи свинцомъ и спиртомъ, послѣ паденія съ высоты или засыпанія землей и т. д. [1]). Свободное прохожденіе толстыхъ зондовъ при этомъ заболѣваніи всегда предохранитъ отъ смѣшиванія съ органическимъ съуженіемъ прохода. Кромѣ того, при параличѣ больные могутъ свободно проглатывать тѣла значительнаго объема, между тѣмъ какъ при проглатываніи жидкостей или тѣлъ малаго объема они обыкновенно испытываютъ болѣе или менѣе значительное затрудненіе.

Распознаніе съуженій пищевода вслѣдствіе прижатія, которыя по частотѣ всего ближе стоятъ къ раковымъ съуженіямъ, устанавливается тщательнымъ изслѣдованіемъ больнаго; при этомъ необходимо очень подробно изслѣдовать всѣ органы, при заболѣваніи которыхъ можетъ быть прижатіе пищевода. Здѣсь однако нужно имѣть въ виду, что всѣ опухоли, лежащія внѣ завнутренностной щели, не оказываютъ особеннаго вліянія на пищеводъ, а если оказываютъ, то только въ позднихъ стадіяхъ своего развитія. Это происходитъ вслѣдствіе того, что пищеводъ, благодаря своему свободному положенію въ щелевомъ пространствѣ, легко ускользаетъ изъ подъ опухоли, и поэтому сжатіе его возможно только въ томъ случаѣ, когда опухоль его совершенно обростаетъ или когда онъ предварительно приросъ въ какомъ нибудь мѣстѣ и не можетъ уклониться въ сторону. То же самое нужно сказать и объ опухоляхъ задняго груднаго промежутка.

При заболѣваніи шейныхъ и верхнихъ грудныхъ позвонковъ могутъ образоваться нарывы, которые произведутъ сжатіе пищевода, поэтому въ затруднительныхъ случаяхъ необходимо тщательно осмотрѣть позвоночникъ. Alfred Steiger [2]) «одинъ разъ

---

[1]) Zenker und Ziemssen,—l. c., стр. 183.

[2]) Steiger, Ueber Verengerungen der Speiseröhre. Würzburger Medicinische Zeitschrift. Bd. II, 1861, s. 223.

видѣлъ такое выстояніе тѣла позвонка вслѣдствіе остеита, которое произвело значительное затрудненіе глотанія». Въ анатомическомъ институтѣ военно-медицинской Академіи, въ музеѣ нормальной анатоміи, я видѣлъ верхнюю часть позвоночника, гдѣ находятся костныя разращенія, исходящія изъ нижней части тѣла 3-го шейнаго позвонка и верхней части тѣла 4-го. При складываніи позвонковъ на передней поверхности синхондроза между этими позвонками получается неправильно-конусовидной формы бугристый костный выступъ, вышиною около $1^1/_2$ сант., который при жизни несомнѣнно выпячивалъ заднюю стѣнку глотки. Эти костныя разращенія, вѣроятно, произошли вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ шейныхъ позвонковъ, на что указываютъ срощеніе слѣдующихъ нижележащихъ трехъ позвонковъ, разрѣженіе губчатаго вещества тѣлъ ихъ и костныя, обезображивающія ихъ, наслоенія.

На передней части шеи особенно тщательно должна быть изслѣдована щитовидная железа, заболѣванія которой образуютъ опухоль, охватывающую какъ бы тисками пищеводъ сзади; при этомъ при простыхъ зобахъ, даже достигающихъ весьма значительныхъ размѣровъ, съуженіе рѣдко достигаетъ такой степени, чтобы оно могло вызвать опасные для жизни припадки. Эти послѣдніе чаще наблюдаются при раковомъ перерожденіи этой железы и особенно сильно бываютъ выражены при маленькихъ отшнурованныхъ долькахъ, принадлежащихъ заднему отдѣлу боковыхъ роговъ, если эти дольки перерождаются. Ziemssen [1]) въ двухъ случаяхъ раковаго перерожденія щитовидной железы у женщинъ наблюдалъ полное закрытіе пищевода и больные умерли голодною смертью. При существованіи зоба мы только тогда вправѣ отнести на его счетъ съуженіе пищевода, когда оно находится на уровнѣ щитовидной железы, а другихъ этіологическихъ моментовъ не оказывается. Кромѣ того, при распознаваніи нужно имѣть въ виду интересное наблюденіе König'а [2]), что у женщинъ подобныя съуженія усиливаются во время мѣсячныхъ, подъ вліяніемъ общаго набуханія зоба, а затѣмъ снова уменьшаются.

Въ рѣдкихъ случаяхъ прижатіе пищевода можетъ произойти вслѣдствіе ненормальнаго утолщенія перстневиднаго хряща. Мы одинъ разъ наблюдали подобный случай. Исторія болѣзни слѣдующая:

Больной токарь *Василій Андреевъ*, 48 лѣтъ, холостъ, поступилъ въ клинику 29 ноября 1885 года.

Anamnesis. Больной всегда былъ здоровъ. Сифилиса и уретрита не имѣлъ. Съ 22 лѣтъ до 33 много пилъ водки, нерѣдко былъ пьянъ, однако delirium не имѣлъ; послѣ 33 лѣтъ по настоящее время часто и въ порядочномъ количествѣ пилъ пиво, иногда послѣ работы разгоряченный выпивалъ съ жадностью бутылку холоднаго пива, чему больной и приписываетъ свою болѣзнь. Ожоги пищепроводныхъ путей не было. Кровохарканія, сердцебіенія и одышки тоже никогда не было. Съ іюня мѣсяца сталъ замѣчать тяжесть и стѣсненіе въ области желудка послѣ пріема пищи; это стѣсненіе усиливалось и явилась тошнота и отрыжка, рвоты же не было и пища проходила свободно. Въ сентябрѣ мѣс. въ первый разъ замѣтилъ затрудненіе при глотаніи пищи, которая часто выбрасывалась назадъ. Это затрудненіе постепенно усиливалось и дошло до того, что въ настоящее время можетъ глотать только жидкую пищу. За послѣднее время больной похудѣлъ.

---

[1]) Zenker und Ziemssen, l. c., стр. 34.

[2]) König, Руковод. къ частной Хирургіи, Т. I, стр. 503, Русс. пер. 1876.

Status praesens. Больной средняго роста, порядочнаго питанія, бодрый. На костной системѣ найдено ограниченное утолщеніе на нижней трети правой бедренной кости; выстояніе акроміальныхъ концовъ ключицъ, причемъ справа больше; на наружной трети лѣвой ключицы небольшой экзостозъ. Грудная клѣтка правильна. При осмотрѣ шеи найдено незначительное увеличеніе правой щитовидной железы. Правый lig. caroticum углубленъ, а лѣвый сглаженъ и въ немъ ощупывается нѣсколько железокъ твердоватыхъ, подвижныхъ. Гортань стоитъ неправильно, лѣвая пластинка щитовиднаго хряща нѣсколько надвинута на правую, почему pomum adami смотритъ вправо. Трахея направлена влѣво; перстневидный хрящъ твердъ и переднее его кольцо выдается впередъ. Fossa jugularis и обѣ надключичныя ямки не представляютъ ничего особеннаго; около трахеи ничего ненормальнаго не ощупывается. При ларингоскопированіи aditus ad laryngem стоитъ косо слѣва направо, другихъ уклоненій въ гортани не найдено, хотя больнаго изслѣдовали много разъ и нѣсколько разъ его видѣлъ Проф. Ларингологіи г. Симановскій. Внутренніе органы нормальны. При изслѣдованіи пищевыхъ путей, кромѣ хроническаго фарингита, ничего ненормальнаго не найдено. При катетеризаціи пищевода въ самомъ началѣ его олива встрѣчаетъ неопреодолимое препятствіе. Чрезъ нѣсколько дней, именно 14-го декабря при согнутой головѣ и совмѣстномъ оттягиваніи гортани впередъ удалось провести зондъ съ оливой № 2, которая ниже перстневиднаго хряща не встрѣтила ни малѣйшаго препятствія въ пищеводѣ и совершенно свободно прошла въ желудокъ. Послѣ этого больной сталъ глотать пищу гораздо лучше и не только мягкую. но и твердую, тщательно её разжевывая. Больной находился въ клиникѣ до 25-го февраля 1886 года; его много разъ катетеризовали, но выше оливы № 2 не удалось ни разу провести и каждый разъ препятствіе встрѣчали на уровнѣ перстневиднаго хряща, а въ остальномъ отдѣлѣ пищевода ничего ненормальнаго не опредѣлялось. Такимъ образомъ, больше путемъ исключенія, мы должны были признать, что дисфагія въ данномъ случаѣ зависѣла отъ утолщенія и окостенѣнія перстневиднаго хряща, который механически сжималъ начало пищевода. Къ несчастію послѣ 25-го февраля мы больнаго потеряли изъ виду.

Затѣмъ съуженіе пищевода вслѣдствіе прижатія иногда бываетъ со стороны опухшихъ, обыкновенно творожисто-перерожденныхъ, лимфатическихъ железъ шеи и въ особенности межлегочнаго пространства, главнымъ образомъ на уровнѣ раздвоенія дыхательной трубки, гдѣ находится нѣсколько лимфатическихъ железъ, которыя здѣсь образуютъ клинъ до 3,5 сант. вышины. При воспаленіи этихъ железъ можетъ образоваться гнойникъ, который иногда вскрывается въ пищеводъ, вслѣдствіе чего пищевыя вещества могутъ попадать въ эту гнойную полость и произвести гнилостный mediastinitis. Krauss [1]) сообщаетъ слѣдующій крайне интересный случай.

Въ іюлѣ 1876 года къ нему обратился за помощью 60-лѣтній крестьянинъ крѣпкаго тѣлосложенія, который, послѣ того какъ въ разгоряченномъ состояніи выпилъ нѣсколько стакановъ очень холоднаго пива, почувствовалъ боль и затрудненіе при глотаніи пищи. При зондированіи на уровнѣ 6-го спиннаго позвонка опредѣлялось препятствіе. Систематическимъ зондированіемъ съуженіе было расширено и больной сдѣлался здоровымъ. Въ 1881 году въ февралѣ мѣсяцѣ больной снова почувствовалъ боль въ спинѣ и затрудненіе при глотаніи. Зондированіе было болѣе трудное и болѣзненное; препятствіе опредѣлялось на томъ же уровнѣ. Вскорѣ у больнаго явился легкій кашель и вечернія познабливанія. 28 іюля послѣ зондированія легкое кровохарканіе, а чрезъ 2 дня больной умеръ отъ кровотеченія горломъ. При аутопсіи Krauss надѣялся найти аневризму, но нашелъ на уровнѣ раздвоенія дыхательнаго горла сильно увеличенныя, отчасти нагноившіяся, а отчасти объизвествленныя лимфатическія железы, которыя сдавливали пищеводъ. Кромѣ

[1]) Krauss, Zur Casuistik der Oesophagusstenosen. Medicinisches correspondenz—Blatt des Würtembergischen ärztlichen Vereins, № 35, 1881, s. 273.

того, за лѣвымъ бронхомъ найдена нагноившаяся железка, которая перфорировала бронхъ и изъязвила крупный сосудъ.

Опухоли межлегочнаго пространства, особенно раковыя, могутъ сдавливать пищеводъ и вызвать дисфагію. Это сдавленіе пищевода происходитъ тѣмъ легче, чѣмъ прочнѣе онъ прикрѣпляется къ позвоночнику разращеніями околопищеводной клѣтчатки, вслѣдствіе реактивнаго воспаленія. Распознаваніе прижатія пищевода, обусловливаемаго подобными опухолями, крайне затруднительно, и невозможно дать въ общихъ чертахъ признаковъ, на основаніи которыхъ можно бы съ достовѣрностью опредѣлить подобное прижатіе, такъ какъ извѣстно, что распознаваніе самихъ межлегочныхъ опухолей удается установить только при особенно благопріятныхъ условіяхъ.

Распознаваніе съуженій пищевода вслѣдствіе прижатія аневризмами аорты чрезвычайно важно для установленія показаній къ катетеризаціи пищевода. Въ литературѣ есть много наблюденій, гдѣ во время катетеризаціи или вскорѣ послѣ него являлось смертельное кровотеченіе вслѣдствіе разрыва аневризматическаго мѣшка, сросшагося съ пищеводомъ и сильно истончившаго одну изъ стѣнокъ его; поэтому, разъ есть подозрѣніе на существованіе аневризмы аорты, вызвавшей дисфагію вслѣдствіе прижатія пищевода, лучше для хирурга воздержаться отъ зондированія этого прохода и выждать выясненія діагноза, тѣмъ болѣе, что обыкновенно въ этихъ случаяхъ дисфагія рѣдко бываетъ значительна. Hamburger [1]) убѣдился, что при аневризмѣ аорты ни величина ея, ни положеніе не обусловливаютъ дисфагіи, но что послѣдняя является только тогда, когда вслѣдствіе постояннаго раздраженія аневризмой пищевода въ стѣнкахъ послѣдняго развивается воспалительный процессъ. Существенное подтвержденіе воззрѣнія Hamburger'а Oppolzer видитъ въ томъ, что Mondière [2]), который неоспоримо обладаетъ необыкновенной опытностью въ болѣзняхъ пищевода, отрицаетъ существованіе дисфагіи отъ сжатія пищевода аневризмами. Однако, въ настоящее время всѣ убѣдились въ ошибочности мнѣнія Mondière'а и еще Béhier [3]) предостерегаетъ отъ такого заблужденія, хотя съ другой стороны каждому хирургу извѣстно, что не всегда аневризмы аорты сопровождаются дисфагіей и мы одинъ разъ наблюдали огромную аневризму аорты, образовавшую на передней поверхности груди большую пульсирующую опухоль, которая не сопровождалась явленіями прижатія пищевода.

При распознаваніи нужно имѣть въ виду всѣ признаки, указывающіе на существованіе аневризмы. Кромѣ того, при катетеризаціи пищевода зондъ, дойдя до аневризматическаго мѣшка, начинаетъ пульсировать. Эти пульсовыя колебанія особенно замѣтны на наружномъ концѣ стилета.

Krauss [4]) за 15 лѣтъ своей практики видѣлъ 4 случая, гдѣ съуженіе пищевода зависѣло отъ аневризмы аорты. Во всѣхъ случаяхъ діагнозъ былъ легокъ, дисфагія появлялась въ позднихъ стадіяхъ болѣзни. Изъ этихъ 4-хъ случаевъ три раза аневризма вскрылась въ лѣвую превру, а въ четвертомъ пришлось больнаго кормить чрезъ

---

[1]) См. Oppolzer, стр. 112.

[2]) Mondière, Arch. génér. de méd., t. XXV, 1831, p. 380—381.

[3]) Béhier, l. c., p. 87.

[4]) Krauss, l. c., s. 273.

зондъ и онъ умеръ отъ голода. Этому больному была предложена гастростомія, отъ которой онъ отказался.

Среди нашихъ больныхъ, страдающихъ съуженіемъ пищевода, въ четырехъ случаяхъ заподозрѣно было прижатіе пищевода аневризмой аорты, но вѣрнаго діагноза невозможно было поставить. Въ двухъ случаяхъ съуженіе пищевода опредѣлялось въ средней трети пищевода и въ двухъ—въ нижней; въ одномъ случаѣ при катетеризаціи пищевода зондомъ можно было считать пульсъ. Въ такихъ трудныхъ для діагноза случаяхъ слѣдовало бы прибѣгать къ эзофагоскопіи и Mikulicz [1]) при помощи своего эзофагоскопа въ одномъ такомъ случаѣ опредѣлилъ сжатіе пищевода въ нижней его части пульсирующею опухолью.

Распознаваніе съуженій пищевода вслѣдствіе прижатія, наполненной пищей, *выпертой* (Pulsionsdivertikel) *пазухой* основывается на доказательствахъ присутствія этой рѣдкой формы болѣзни. Эти пазухи находятся на нижнемъ концѣ глотки, непосредственно на границѣ пищевода и притомъ на задней стѣнкѣ и помѣщаются между позвоночникомъ и пищеводомъ въ ретровисцеральномъ промежуткѣ, образуя то небольшія, величиною отъ горошины до лѣснаго орѣха, выпячиванія, то большіе мѣшки шаровидной, цилиндрической или грушевидной формы, съ широкимъ или сравнительно узкимъ отверстіемъ, до 13 сант. и болѣе въ длину, а въ поперечникѣ болѣе 5 сант. При каждомъ принятіи пищи пазуха наполняется и сдавливаетъ пищеводъ, дыхательное горло и легкія. Снаружи эти наполненныя пищей пазухи образуютъ на шеѣ въ области пищевода опухоли. Нажимая на эту опухоль, можно выдавить въ ротъ принятую больнымъ пищу, послѣ чего опухоль пропадаетъ. При катетеризаціи зондъ прежде всего попадаетъ въ эту пазуху, наталкивается на препятствіе и можетъ симулировать стриктуру. Но въ другихъ случаяхъ удается проскользнуть зондомъ мимо пазухи въ пищеводъ, причемъ зондъ не встрѣчаетъ никакихъ препятствій и совершенно свободно проходитъ въ желудокъ. Эта смѣна удачи и неудачи при введеніи зонда и можетъ навести на правильный діагнозъ.

Теперь остается намъ разсмотрѣть съуженія, происходящія вслѣдствіе органическихъ измѣненій стѣнокъ пищевода. Здѣсь прежде всего *рубцовыя стриктуры* иногда могутъ быть смѣшаны съ карциномой пищевода, особенно при отсутствіи или крайне сбивчивомъ, иногда съ цѣлью запутываемомъ больнымъ, анамнезѣ. При этомъ нужно имѣть въ виду причинные моменты, производящіе рубцовыя съуженія, какъ-то: ожоги концентрированными кислотами, щелочами и растворами другихъ ѣдкихъ веществъ, внѣшнія травматическія поврежденія пищевода и поврежденія проглоченными посторонними тѣлами, ожоги горячей пищей и т. д. Затѣмъ нужно имѣть въ виду, что рубцовыя стриктуры имѣютъ два періода,—сначала острый и затѣмъ хроническій; съуженіе развивается медленно и постепенно усиливается, отдѣляется отъ первичнаго страданія порядочнымъ промежуткомъ времени и силы больнаго долго сохраняются. Съ помощью зонда можно опредѣлить значительную неподатливость рубцовой ткани, а леченіе расширяющими средствами даетъ вообще хорошіе, иногда даже прочные результаты.

---

[1]) Mikulicz, l. c., s. 27.

Распознаваніе съуженій, произведенныхъ вколоченными въ пищеводъ посторонними тѣлами, основывается главнымъ образомъ на анамнестическихъ данныхъ; кромѣ того, бурное начало болѣзни, жестокость воспалительныхъ явленій и боли при отсутствіи другихъ этіологическихъ моментовъ указываютъ на присутствіе посторонняго тѣла, а при катетеризаціи зондомъ можно ощупать его и окончательно убѣдиться въ истинной причинѣ дисфагіи.

Какъ крайняя рѣдкость, *съуженіе пищевода* можетъ образоваться *послѣ простаго изъязвленія* этого органа. Deborde [1]) опубликовалъ одинъ случай этого рода.

Мужчина 54 лѣтъ, не сифилитикъ; со стороны наслѣдственности ничего особеннаго нѣтъ. Съ 1870 года сильно употреблялъ алкоголическими напитками и въ теченіе 10 лѣтъ было 5 приступовъ delirium tremens; поступилъ въ госпиталь въ ноябрѣ 1882 года. Въ концѣ 1870 года чувствовалъ сильныя боли въ верхней части sterni и значительную трудность во время принятія пищи. Глотаніе было очень болѣзненно и сопровождалось регургитаціями. 5-го марта 1872 года была три раза рвота черной кровью. Истощенный больной поступилъ въ госпиталь, гдѣ ему проводили зонды съ оливой, послѣ чего онъ ѣлъ лучше. Въ 1871 и 1872 годахъ частыя рвоты кровью цвѣта кофейной гущи. Въ 1878 году снова рвоты. Въ продолженіи всего этого періода больной жестоко страдаетъ отъ болей позади sternum при всякой попыткѣ глотанія. Въ послѣдствіи рвоты прекратились и боли мало по мало стихли. При катетеризаціи констатировали два съуженія пищевода: одно вблизи кардіи и другое, гораздо болѣе сильное, на уровнѣ рукоятки грудины. Это послѣднее съуженіе едва пропускаетъ оливу въ 8 mill. въ діаметрѣ. Итакъ, въ этомъ случаѣ съуженіе пищевода существовало болѣе 10 лѣтъ и имѣло два періода; первый характеризуется кровавой рвотой и дисфагіей, зависящей главнымъ образомъ отъ болей; второй—дисфагіей, преимущественно зависящей отъ съуженія пищеваго прохода.

Прирожденныя съуженія пищевода и *съуженія отъ простой мышечной гипертрофіи* никоимъ образомъ не могутъ быть смѣшаны съ эпителіомой пищевода, такъ какъ первыя существуютъ отъ рожденія, а вторыя имѣютъ слишкомъ длительное теченіе.

Фиброзные полипы пищевода въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ вызвать значительное затрудненіе глотанія. Распознаваніе ихъ основывается на длительности болѣзни и маломъ вліяніи на общее здоровье больнаго. Окончательное убѣжденіе въ присутствіи полипа получается ощупываніемъ пальцемъ или же зрѣніемъ, когда полипъ, при помощи рвотныхъ и кашлевыхъ движеній, выбрасывается въ полость рта.

Съуженія пищевода *сифилитическаго происхожденія* встрѣчаются крайне рѣдко. Распознаваніе ихъ основывается на анамнестическихъ данныхъ, на сравнительно незначительномъ худосочіи, на присутствіи позднихъ формъ сифилиса на другихъ мѣстахъ тѣла и, наконецъ, главнымъ образомъ на благопріятномъ результатѣ противосифилитическаго леченія. Однако въ большинствѣ случаевъ распознаваніе этихъ съуженій такъ и остается на степени вѣроятности. Мы наблюдали три случая съуженій этого рода, изъ нихъ въ двухъ случаяхъ діагнозъ подтвердился успѣшнымъ противосифилитическимъ леченіемъ. Во всѣхъ случаяхъ существовали позднія проявленія сифилиса на различныхъ мѣстахъ тѣла, на многихъ костяхъ и составахъ.

Такимъ образомъ, при распознаваніи рака пищевода нужно имѣть въ виду всѣ вышеописанные болѣзненные процессы, ведущіе къ съуженію этого прохода. Кромѣ

[1]) Deborde, Gazette des Hôpitaux, № 44, p. 347, 1883.

того, особенное значеніе нужно придавать пожилому возрасту, мужскому полу, пьянству, отсутствію травматическаго или какого либо другаго этіологическаго момента, постепенно прогрессивному увеличенію съуженія, самобытнымъ болямъ, быстрому истощенію и результатамъ изслѣдованія зондомъ.

Леченіе раковыхъ съуженій пищевода.

Радикальное леченіе раковаго съуженія пищевода мыслимо только при условіяхъ возможности удаленія пораженной части органа резекціей пищевода. Но такіе случаи крайне рѣдко встрѣчаются, съ одной стороны потому, что ракъ шейной части пищевода вообще рѣдокъ, а съ другой—и это самое главное,—что крайне рѣдко удается опредѣлить нижнюю границу раковаго пораженія органа, безъ чего невозможно предпринимать операціи, иначе мы всегда рискуемъ ее не окончить, что и было у Sönnenburg'а [1]), а образовать постоянный свищъ (oesophagostomia) въ пораженной части органа крайне неудобно и опасно для жизни больнаго. Въ огромномъ же большинствѣ случаевъ приходится довольствоваться одними палліативными средствами, имѣющими ту цѣль, чтобы сколько нибудь замедлить гибельный исходъ болѣзни. Здѣсь прежде всего является настоятельная необходимость питать больнаго. Назначеніемъ цѣлесообразной діэты можно надолгое время сохранить силы больному. Молоко, взбитыя яйца, жидкая молочная манная каша, размоченная въ молокѣ булка, скобленое мясо съ бульономъ, аррорутъ или мягкая и нѣжная мучнистая пища, мясной сокъ, пептонъ-бульонъ и т. п. составляютъ самый цѣнный питательный матеріалъ и по своему высокому питательному и вполнѣ индифферентному характеру долженъ быть принятъ за самую цѣлесообразную пищу. Раздражающихъ пищевыхъ веществъ, конечно, больной долженъ избѣгать. Кромѣ того, для поддержанія просвѣта пищевода и предупрежденія полной закупорки его, необходимо *зондированіе пищевода*. Въ этомъ отношеніи у многихъ авторовъ мы читаемъ предостереженія противъ употребленія зонда, главнымъ образомъ вслѣдствіе опасности прободенія пищевода верхушкой инструмента; кромѣ того, при зондированіи якобы вносится лишнее раздраженіе, вслѣдствіе котораго новообразованіе или быстрѣе ростетъ, или быстро распадается и происходятъ опасныя осложненія и еще не такъ давно въ Московскомъ хирургическомъ обществѣ [2]) былъ поднятъ вопросъ, слѣдуетъ или не слѣдуетъ примѣнять катетеризацію при раковыхъ стриктурахъ пищевода и пришли къ заключенію, что примѣнять ее въ этихъ случаяхъ не слѣдуетъ. На основаніи нашихъ наблюденій, мы считаемъ себя вправѣ принять, что эти предостереженія опираются скорѣе на теоретическія соображенія, чѣмъ на практическія наблюденія дурныхъ послѣдствій отъ зондированія. Въ нашей клиникѣ зондируются почти всѣ больные и мы не только ни разу не наблюдали никакихъ непріятныхъ послѣдствій, но напротивъ, въ огромномъ большинствѣ случаевъ, если даже зондъ и не проходитъ съуженіе, больные послѣ этого нѣсколько дней гло-

---

[1]) Sonnenburg,—Zur operativen Behandlung der Oesophagus—Carcinom.—Deutsche medicinische Wochenschrift, № 29, s. 459, 1884.

[2]) Лѣтопись хирургическаго Общества въ Москвѣ за 1883 г. № 12. Засѣд. 155.

таютъ пищу гораздо лучше и сами просятъ ихъ зондировать чаще, чѣмъ у насъ выработано практическимъ опытомъ. Правда, нѣкоторые больные не переносятъ зонда, у нихъ усиливается спазмъ пищеводныхъ мышцъ и они начинаютъ хуже глотать пищу; обыкновенно въ такихъ случаяхъ приходится оставлять зондированіе; но эти случаи крайне рѣдко встрѣчаются; съ другой стороны—среди нашихъ больныхъ есть такіе случаи, гдѣ зондированіе положительно спасало больныхъ отъ голодной смерти и, какъ на особенно рѣзкій примѣръ такого рода, я укажу на исторію болѣзни нашей больной Ирины Алексѣевой, которая была настолько слаба, что весьма сомнительно, чтобы она перенесла гастростомію, зондированіемъ же удалось возстановить проходимость канала, больная получила возможность питаться и жила послѣ этого нѣсколько мѣсяцевъ. Но кромѣ практическаго опыта и теоретическія разсужденія говорятъ въ пользу зондированія. Въ самомъ дѣлѣ, всякій согласится съ тѣмъ, что введеніе въ пищеводъ два раза въ недѣлю зонда и прикосновеніе къ новообразованію оливы изъ слоновой кости, смазанной масломъ, несравненно производитъ меньшее раздраженіе раковаго новообразованія, чѣмъ постоянно застаивающіяся надъ съуженіемъ гніющія пищевыя вищества. Кромѣ того, какъ справедливо замѣчаетъ проф. Ф. И. Синицынъ [1]), эпителіомы на наружныхъ частяхъ, на губѣ, щекѣ и т. д. постоянно подвергаются различнымъ механическимъ инсультамъ, однако ростутъ медленно. По аналогіи нужно думать, что и на эпителіомы пищевода такой незначительный механическій инсультъ, какъ прикосновеніе оливы изъ слоновой кости, не такъ уже дурно дѣйствуетъ, какъ это многіе принимаютъ. Ziemssen [2]) точно также ни разу не видѣлъ никакихъ вредныхъ послѣдствій послѣ зондированія при раковыхъ съуженіяхъ пищевода; ему также удавалось въ нѣкоторыхъ случаяхъ продлить жизнь на нѣсколько мѣсяцевъ, хотя до начала леченія зондомъ каналъ былъ уже совершенно закрытъ даже для жидкостей, поэтому онъ настоятельно рекомендуетъ это средство. Кромѣ того, этотъ авторъ допускаетъ, «что механическое давленіе на опухоль можетъ имѣть своимъ результатомъ сморщиваніе послѣдней или даже зарубцовываніе очистившагося отъ раковыхъ массъ дна язвы», на что указываютъ находимыя имъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣ смерти, рядомъ со свѣжими раковыми высыпаніями, рубцовыя свойства съ аспидной окраской съуженнаго мѣста пищевода. Затѣмъ многіе французскіе авторы, какъ напр., Verneuil [3]), Krishaber [4]), Lannelongue [5]), Bouchard [6]), Marchand [7]), Follin et Duplay [8]), Maurice Jeannel [9]) и многіе другіе, рѣшительно высказываются за зондированіе пищевода и нѣкоторые изъ нихъ даже совѣтуютъ употреблять cathéter à demeure, о чемъ скажемъ послѣ.

[1]) Лѣтопись хирургическаго Общества въ Москвѣ за 1883 г. стр. 105.

[2]) Ziemssen,—l. c., стр. 168.

[3]) Rodet,—l. c., Thèse, 1881 и Nekkach,—l. c., Thèse, 1880.

[4]) Krishaber,—Gazette des Hôpitaux, Paris, 1881, p. 211.

[5]) Lannelongue,—Bulletins et mémoires de la Societé de chirurgie de Paris, t. VII, 1881, p. 220.

[6]) Lesbini,—l. c., Thèse de Paris, 1873.

[7]) Marchand,—l. c., p. 42.

[8]) Follin et Duplay,—l. c., p. 266.

[9]) Ashhurst,—Encyclopédie internationale de chirurgie, Paris, 1886, t. V, p. 865.

Однако почти въ каждомъ трактатѣ о ракѣ пищевода мы встрѣчаемъ различные несчастные случаи, происшедшіе отъ катетеризма; зондомъ прорывали перерожденную стѣнку органа и попадали то въ плевру [1]), то въ легкое [2]), то въ задній грудной промежутокъ [3]) и т. п. Но всѣ эти несчастные случаи, какъ справедливо говоритъ König [4]), «нисколько не могутъ уменьшить значенія зонда, какъ средства для изслѣдованія и леченія. Въ опытной рукѣ зондъ приноситъ большую пользу, если хирургъ помнитъ только, что зондъ замѣняетъ ему палецъ и что при введеніи его онъ долженъ руководствоваться осязаніемъ. Напротивъ того, неумѣлый зондомъ достигаетъ такихъ результатовъ, которые вовсе не желательны» и Günther [5]) сообщаетъ, что Esquirol, первый примѣнившій зондъ для кормленія съумасшедшихъ, наблюдалъ случай, гдѣ былъ образованъ ложный путь со смертельнымъ исходомъ чрезъ нѣсколько дней, а Baillarger видѣлъ смерть отъ прорыванія задней стѣнки глотки. Самую большую опасность при катетеризаціи пищевода составляютъ аневризмы аорты и большихъ артеріальныхъ стволовъ, выходящихъ изъ дуги ея. Въ литературѣ описано не мало случаевъ, гдѣ вслѣдъ за зондированіемъ пищевода происходило вскрытіе аневризматическаго мѣшка въ этотъ проходъ. Такъ, Mouton [6]) приводитъ случай Adolphe Richard'а, больной котораго умеръ чрезъ два часа послѣ имъ произведеннаго катетеризма пищевода кровавой рвотой отъ вскрытія аневризмы. Для избѣжанія этого, а также и другихъ несчастныхъ послѣдствій, необходимо передъ зондированіемъ у каждаго больнаго самымъ тщательнымъ образомъ всѣми способами изслѣдовать грудные и брюшные органы; особенно необходимо тщательно изслѣдовать перкуссіей и аускультаціей сердце, сосуды и легкія; безъ этого предварительнаго изслѣдованія въ нашей клиникѣ ни одинъ больной не зондируется,—это составляетъ правило, которое исполняется чрезвычайно строго; при этомъ, если не будетъ найдено ни одного признака, указывающаго на аневризму или на нарушеніе цѣлости пищевода—его перфорацію и сообщеніе съ сосѣдними органами или полостями,—только тогда предпринимается зондированіе. Точно также у каждаго больнаго, который лечится зондированіемъ, будетъ ли это амбуляторный, а тѣмъ болѣе стаціонарный, всякій разъ передъ введеніемъ зонда тщательно выстукиваются и выслушиваются грудные органы. Держась строго такого правила, а также постоянно помня, что зондъ долженъ замѣнять палецъ, еще разъ повторяю, что отъ зондированія, кромѣ благопріятныхъ результатовъ, мы ни разу не наблюдали никакихъ непріятныхъ послѣдствій. Нечего и говорить, что никогда не слѣдуетъ хирургу позволять больнымъ катетеризировать себя даже такимъ нѣжнымъ, совершенно мягкимъ инструментомъ, какъ зондъ изъ каучука, въ родѣ уретральнаго катетера Nelaton'а. Въ этомъ отношеніи поучителенъ случай Fort'а [7]), гдѣ больной имѣлъ раковое съуженіе въ нижней $^1/_3$ пищевода, которое нисколько не уступало зондированію и сдѣлалось настолько сильнымъ, что готовились больному сдѣлать

---

[1]) Behier,—l. c., p. 73,
[2]) Mouton,—l. c., p. 82.
[3]) Nekkach,—l. c., p. 36.
[4]) König,—l. c., стр. 21.
[5]) Günther,—l, c., 5 Abth, s. 306.
[6]) Mouton,—l. c., p. 35.
[7]) Fort,—Gaz. des Hôp., 1883, p. 1010.

гастростомію. Но вдругъ во время катетеризаціи зондъ съ оливой прошелъ съуженіе и больнаго стали кормить черезъ зондъ. Больной быстро сталъ поправляться и силы его настолько возстановились, что онъ сталъ дѣлать прогулки. Кормленіе каждый разъ производилось чрезъ зондъ и больной настолько привыкъ, что самъ вводилъ его себѣ. Чрезъ нѣкоторое время у него явились сильныя боли въ области сердца, распространяющіяся по всей груди и въ лѣвое плечо, но отъ употребленія морфія больной чувствовалъ себя сносно; какъ вдругъ, во время введенія зонда для кормленія самимъ больнымъ, онъ, дойдя до съуженія, быстро извлекъ его и тотчасъ же умеръ отъ syncope. При аутопсіи нашли на 2 сант. выше cardiae раковое съуженіе, между пищеводомъ и околосердіемъ—двѣ огромныя перерожденныя железы и pericarditis съ большимъ изліяніемъ. Авторъ думаетъ, что смерть произошла отъ раздраженія блуждающихъ нервовъ и сердечнаго сплетенія зондомъ, вслѣдствіе чего получилась рефлекторно остановка сердца.

Что касается до методовъ зондированія, то ихъ предлагали нѣсколько. Раньше было уже сказано, что нѣкоторые авторы, какъ напр. Krishaber, Lannelongue, Rodet, Durham и пр., при раковомъ съуженіи пищевода совѣтуютъ употреблять пищеводный зондъ à demeure для того, чтобы избѣжать непріятныхъ случайностей, могущихъ произойти при часто повторяемомъ зондированіи пищевода и вмѣстѣ съ тѣмъ для постояннаго поддержанія просвѣта его и правильнаго питанія больнаго. Такимъ способомъ Krishaber питалъ одну свою больную, 50-ти лѣтнюю женщину, страдающую раковымъ съуженіемъ въ верхней части пищевода, въ продолженіи 305 дней и никакихъ дурныхъ послѣдствій не замѣтилъ. Въ нашей клиникѣ этотъ способъ ни разу не примѣнялся, но мы думаемъ, что едва ли кто-нибудь изъ больныхъ согласится носить постоянно трубку при еще проходимомъ для зонда съуженіи, а когда оно непроходимо, то нельзя безопасно его примѣнить. Кромѣ того, постоянное пребываніе посторонняго тѣла необходимо должно сильно раздражать новообразованіе, причемъ очень легко можетъ получиться распаденіе и перфораціи съ ихъ тяжелыми послѣдствіями. Въ этомъ же смыслѣ высказывается и Maydl [1]).

Точно также нечего и говорить, что при раковыхъ съуженіяхъ пищевода нельзя употреблять быстраго насильственнаго расширенія инструментами, а между тѣмъ Nekkach [2]) изъ клиники профессора Verneuil'я сообщаетъ случай раковаго съуженія пищевода, гдѣ произведено было быстрое насильственное расширеніе par le dilatateur sur conducteur de Collin,

Гораздо большаго вниманія заслуживаетъ методъ постепеннаго и прогрессивнаго расширенія съуженія пищевода эластическими цилиндро-коническими бужами Bouchard'a. По сообщенію Lesbini [3]), этотъ авторъ могъ продолжить жизнь на два мѣсяца тремъ больнымъ, страдающимъ раковымъ съуженіемъ пищевода, которые больше не могли принимать пищи. Ziemssen [4]) также рекомендуетъ употреблять при ракѣ пищевода бужи Bouchard'a. Но по нашему мнѣнію всякое расширеніе раковаго съуженія, будетъ ли оно медленное и прогрессивное, а тѣмъ болѣе быстрое и насильствен-

[1]) Maydl,—l. c., № 21.
[2]) Nekkach,—l. c., p. 19.
[3]) Lesbini,—l. c., p. 13.
[4]) Ziemssen,—l. c., стр. 168.

ное, представляетъ большія опасности, такъ какъ при его примѣненіи очень легко прорвать перерожденную стѣнку пищевода и образовать ложный путь, а съ другой стороны—оно сильно раздражаетъ новообразованіе и можетъ повести за собой быстрое распаденіе его, вслѣдствіе чего могутъ образоваться ненормальныя сообщенія съ сосѣдними органами и полостями. Въ нашей клиникѣ употребляется зондированіе пищевода не съ цѣлью расширенія раковаго съуженія его, но съ цѣлью поддержанія существующаго просвѣта безъ всякаго насилія, причемъ, какъ уже сказано было, употребляется зондъ изъ китоваго уса съ оливами изъ слоновой кости. Въ каждомъ данномъ случаѣ, послѣ тщательнаго изслѣдованія грудныхъ и брюшныхъ органовъ, мы безъ всякаго насилія пробуемъ провести послѣдовательно какую-нибудь оливу, начиная съ среднихъ нумеровъ и если съуженіе пропускаетъ оливу, то мы и стараемся поддерживать просвѣтъ его на возможно большій промежутокъ времени. Но благодѣтельное дѣйствіе зонда обыкновенно держится только до тѣхъ поръ, пока зондированіе продолжается. Если же, какъ это часто случается, больному надоѣстъ это механическое леченіе и онъ перестаетъ являться для зондированія, то не проходитъ и нѣсколько дней, какъ снова ему становится невозможнымъ глотать пищу, вслѣдствіе запиранія пищевода разросшимся новообразованіемъ и, проходившая прежде, олива уже не проходитъ; она останавливается на извѣстной глубинѣ канала, встрѣчая непреодолимое препятствіе. Въ такихъ случаяхъ, а также и въ тѣхъ, когда больные въ первый разъ являются въ клинику съ непроходимымъ съуженіемъ, мы употребляемъ особый методъ зондированія пищевода—cathétérisme appuyé. Этотъ методъ впервые былъ введенъ при стриктурахъ уретры, а профессоръ С. П. Коломнинъ [1]) примѣнилъ его при раковыхъ съуженіяхъ пищевода. Онъ состоитъ въ томъ, что вводится въ пищеводъ зондъ съ оливой до съуженія и слегка нажимается на мѣсто препятствія. Уже послѣ перваго сеанса въ большинствѣ случаевъ больные начинаютъ глотать пищу гораздо лучше и это улучшеніе глотанія держится дня 3—4, послѣ чего снова они глотаютъ хуже, почему cathétérisme appuyé долженъ быть повторенъ. Клиническій опытъ показываетъ, что совершенно достаточно больныхъ катетеризировать два раза въ недѣлю. Улучшеніе глотанія послѣ такого зондированія, вѣроятно, объясняется уменьшеніемъ спазма мышцъ пищевода, уменьшеніемъ набухлости слизистой оболочки пищевода надъ съуженіемъ и отъ прочищенія канала отъ застоявшихся надъ съуженіемъ остатковъ пищи. Какъ бы то ни было, но улучшеніе глотанія дѣлается настолько рѣзкимъ, что многіе больные, какъ уже сказано выше, просятъ ихъ катетеризовать чаще. Но cathétérisme appuyé производитъ только временное улучшеніе; у многихъ больныхъ съуженіе пищевода постепенно прогрессируетъ и глотаніе дѣлается настолько труднымъ, что проходитъ только незначительное количество жидкой пищи или даже ничего не проходитъ. Въ такихъ случаяхъ, кромѣ cathétérisme à appuyé, мы назначили больнымъ питательные клистиры Leube. Этотъ способъ питанія часто употреблялся въ нашей клиникѣ. Въ большинствѣ случаевъ клизмы хорошо удерживались, но при томъ только условіи, если мы не вводили больше $1^1/_2$ фунта смѣси; большія же количества не удерживались. Силы больныхъ этимъ способомъ пи-

[1]) О леченіи рака пищевода.—Труды Общества Русск. врачей въ Спб. за 1883 г. стр. 219.

танія крайне плохо поддерживались. Къ такимъ же результатамъ пришли хирурги, которые его употребляли. Нужно замѣтить, что точныхъ изслѣдованій относительно усвояемости этихъ клистировъ до сихъ поръ нѣтъ.

При сильныхъ степеняхъ раковыхъ съуженій пищевода, гдѣ катетеризація пищевода не улучшаетъ глотанія, а больные отказываются отъ гастростоміи, можно употребить электролизъ. Въ нашей клиникѣ этотъ методъ леченія при раковыхъ съуженіяхъ пищевода въ первый разъ былъ примѣненъ въ 1882 году, для чего въ пищеводъ вводится до препятствія электродъ, въ видѣ эластическаго желудочнаго зонда съ металлической пуговкой на внутреннемъ концѣ, отъ которой по каналу зонда идетъ проводникъ, соединяющійся съ отрицательнымъ полюсомъ гальванической батареи [1]), а положительный полюсъ прикладывается гдѣ-нибудь на спинѣ; бралось отъ 4 до 8 элементовъ и сеансъ продолжался 2—4 минуты. Для избѣжанія сотрясенія при замыканіи и размыканіи тока, элементы вводились постепенно, начиная съ одной пары; точно также и размыканіе тока производилось постепенно. Случаи, гдѣ былъ примѣненъ электролизъ, слѣдующія:

1-й случай. Больная Калинникова, 36 лѣтъ, раковое съуженіе въ нижней трети пищевода непроходимое для малой оливы. Глотаніе очень затруднено. такъ что и жидкости съ трудомъ проходятъ. Съ 5 по 11 ноября 1882 года въ 4 сеанса сдѣланъ былъ электролизъ изъ 8 элементовъ въ продолженіи 3 минутъ. Улучшенія глотанія не послѣдовало. (См. ист. бол. № 36).

2-й случай. Больной Ильинъ, 60 лѣтъ, раковое съуженіе въ средней $^1/_3$ пищевода, непроходимое для малой оливы 9-го декабря 1882 года сдѣланъ электролизъ изъ 4 элементовъ въ продолженіи $1^1/_2$ минуты. Больной все время кашлялъ, отдѣлялось большое количество слюны и были тошнотныя движенія. Послѣ сеанса въ этотъ день и слѣдующій затрудненіе глотанія усилилось и явились боли во время глотанія. Эти припадки на 3-й день прошли. 13 декабря новый сеансъ электролиза, больной былъ спокойнѣе. Вечеромъ этого дня больной жаловался на сильныя боли въ груди, которыя усиливались при глотаніи пищи; глотаніе сдѣлалось гораздо труднѣе. Боли продолжались на слѣдующій день и мало по малу успокоились чрезъ 4 дня; въ продолженіи этого времени вслѣдствіе болей больной плохо спалъ. Послѣ этого чрезъ нѣсколько дней больной сталъ глотать гораздо лучше и при зондированіи пищевода средняя олива прошла съуженіе (см. № 15).

3-й случай. Больной Лапинъ, 61 года, раковое съуженіе въ нижней $^1/_3$ пищевода, непроходимое для малой оливы. Глотаніе очень затруднено. 25-го января 1885 года сдѣланъ электролизъ изъ 4 элементовъ въ продолженіи 3 минутъ. Вечеромъ глотаніе было затруднено и болѣзненно, отдѣлялось большое количество слизистой слюны. На слѣдующій день боли прошли, но затрудненіе глотанія продолжалось и только на 3-й день сталъ глотать лучше. 8-го февраля снова сдѣланъ электролизъ изъ 6 элементовъ въ продолженіи 3 минутъ. Послѣдующія явленія были тѣже, но сильнѣе выражены. 12 февраля новый сеансъ электролиза той же силы и продолжительности, послѣ чего глотаніе было затруднено и болѣзненно и отдѣлялось большое количество слизистой слюны. Послѣ трехъ сеансовъ больной сталъ глотать рубленую котлету. (См. № 43).

4-й случай. Больная Сисина, 50 лѣтъ, роковое съуженіе въ нижней $^1/_3$ пищево да, непроходимое для малой оливы. Глотаетъ только жидкости. 8-го февраля 1885 года сдѣланъ электролизъ изъ 6 элементовъ въ продолженіи 4 минутъ. Больная переноситъ довольно хорошо; отдѣлялось большое количество слизистой слюны. Послѣ электролиза у больной появились сильныя боли въ животѣ, которыя прошли на 3-й день. Въ первый день глотаніе было затруднено, но на слѣдующій свободно глотала жидкую пищу. 12-го февраля снова сдѣланъ электролизъ изъ 8 элементовъ въ продолженіи 2-хъ минутъ. Больная въ этотъ день плохо глотала, явились боли въ животѣ и урчаніе, а на слѣдующій день явился поносъ съ сильными схватывающими болями въ кишкахъ и только на 3 день послѣ электролиза всѣ эти явленія прошли; глотаніе сдѣлалось свободнѣе. 15 февраля новый сеансъ электролиза изъ 6 элементовъ впродолженіи 4 минутъ, послѣ чего въ этотъ день было затрудненіе глотанія и схватывающія боли въ животѣ; на слѣдующій день глотаніе гораздо лучше, даже стала ѣсть сухой хлѣбъ, боли также прошли. Послѣ этого больной былъ

---

[1]) Въ нашей клиникѣ имѣется аппаратъ съ постояннымъ и индуктивнымъ токомъ системы Бреннера съ угольно-цинковыми элементами Leclanché, заряжающимися растворомъ нашатыря. Аппаратъ построенъ С.-Петербургскимъ мастеромъ Перелиненымъ.

назначенъ cathétérisme appuyé два раза въ недѣлю, причемъ при зондированіи малая олива не проходила съуженіе. Глотаніе постепенно затруднялось, почему 5 марта больной снова сдѣланъ былъ электролизъ изъ 6 элементовъ въ продолженіи 3 минутъ. Чрезъ 6 дней послѣ этого у больной развился, вѣроятно, mediastinitis съ смертельнымъ исходомъ. (См. ист. бол. № 57).

5-й случай. Больной Рѣпинъ, 40 лѣтъ, съуженіе опредѣлялось въ верхней трети пищевода, проходимое для большей оливы, и второе съуженіе—въ нижней трети, совершенно непроходимое даже и для малой оливы; глотаніе очень затруднено. 18 февраля 1885 года больному сдѣланъ былъ электролизъ изъ 8 элементовъ въ продолженіи 3 минутъ; больной спокойно перенесъ сеансъ, не чувствовалъ никакой боли; во время сеанса отдѣлялось большое количество слизистой слюны. Вечеромъ у больнаго явился знобъ умѣренной силы; t=39,5. Глотаніе очень болѣзненно и крайне затруднено. При изслѣдованіи ничего особеннаго не найдено. Затѣмъ у больнаго развился mediastinitis, который чрезъ 6 дней осложнился правостороннимъ плевритомъ и чрезъ нѣсколько дней—exitus letalis. При аутопсіи въ нижнемъ отдѣлѣ пищевода найдено рубцовое съуженіе, длиною въ 2 сант., пропускающее только желобоватый зондъ; въ остальныхъ частяхъ пищеводъ не представлялъ ничего ненормальнаго. Около дыхательнаго горла, начиная съ 4 хряща до раздѣленія на бронхи, найденъ гангренозный фокусъ; хрящи соотвѣтственно этому мѣсту потемнѣли, мягки. Правосторонній плевритъ съ серозно-фибринознымъ эксудатомъ.

Въ 1883 году страсбургскій хирургъ Boeckel [1]) опубликовалъ случаи непроходимыхъ рубцовыхъ съуженій пищевода, гдѣ онъ примѣнилъ электролизъ съ послѣдовательнымъ расширеніемъ бужами. Этотъ хирургъ точно также отрицательный электродъ вводилъ въ пищеводъ до съуженія, а положительный прикладывалъ слѣва отъ позвоночника на уровнѣ 8 и 9 реберъ; затѣмъ бралъ 6—8 элементовъ d'une pile à courant continu de Redslob и соединялъ съ электродами. Каждый сеансъ продолжался 2—4 и даже 5 минутъ. Въ первомъ случаѣ сдѣлано 10 сеансовъ, послѣ третьяго удалось провести бужъ № 13 по шкалѣ Charrière'a и съ этого момента расширеніе шло довольно быстро. Во второмъ случаѣ (ребенокъ $2^1/_2$ лѣтъ) сдѣлано три сеанса, послѣ перваго удалось провести бужъ № 6, послѣ втораго у больнаго развился бронхитъ и чрезъ нѣсколько дней вдругъ онъ вывелъ съ ложку зловоннаго гноя. Леченіе было, конечно, оставлено и чрезъ 8 дней всѣ эти осложненія прошли. Чрезъ нѣкоторое время снова сдѣланъ сеансъ электролиза, послѣ котораго прошелъ бужъ № 14. Затѣмъ расширеніе шло успѣшно и ребенокъ совершенно выздоровѣлъ,

Какъ дѣйствуетъ электролизъ? Проф. С. П. Коломнинъ [2]) говоритъ, что «при этомъ достигается сильная гиперемія и распаденіе раковой опухоли, вслѣдствіе чего проходимость пищевода улучшается». Boeckel [3]) также признаетъ, что электролизъ производитъ приливъ крови къ рубцу, чрезъ что онъ дѣлается сочнымъ, мягкимъ и позволяетъ проникнуть бужамъ. Соотвѣтственно этому и явленія, наблюдаемыя при электролизѣ, во всѣхъ нашихъ случаяхъ были одни и тѣ же: во время сеанса, вслѣдствіе раздражающаго дѣйствія тока, наблюдалось обильное отдѣленіе слизистой слюны; послѣ же него, вслѣдствіе гипереміи и опуханія пораженной части пищевода, а также и вышележащихъ частей, глотаніе дѣлалось труднѣе и съ болями различной силы, которыя въ 4-мъ нашемъ случаѣ каждый разъ распространялись главнымъ образомъ вдоль пищеварительнаго канала. Кромѣ того, электролитическіе [4]) процессы постояннаго тока производятъ распаденіе новообразованія и такимъ образомъ послѣ нѣсколькихъ сеансовъ электролиза проходимость пищевода возстановляется, чему много спо-

[1]) Frey,—Etude sur les rétrécissements cicatriciels de l'oesophage et leur traitement. Thèse de Paris. 1883. p. 34.

[2]) l. c., стр. 218.

[3]) l. c., p. 38.

[4]) Bruns,—Гальвано-Хирургія, Русск. пер. 1875, стр. 98.

собствуетъ послѣдовательное зондированіе. Но электролизъ, какъ показываетъ нашъ клиническій опытъ, представляетъ большія опасности. Главная опасность заключается въ томъ, что мы не можемъ ограничить распаденіе новообразованія, которое въ нѣкоторыхъ случаяхъ происходитъ довольно быстро, получаются прободенія пищевода и вслѣдствіе этого происходятъ опасныя осложненія. Въ нашемъ 4 случаѣ, вѣроятно вслѣдствіе распаденія рака пищевода, произошло ненормальное сообщеніе въ задній грудной промежутокъ; получился гнилостный mediastinitis и exitus letalis. Въ 5-мъ случаѣ, вѣроятно, существовалъ воспалительный инфильтратъ около трахеи, который нѣсколько съуживалъ пищеводъ и при зондированіи опредѣлялся въ верхней трети пищевода. Подъ вліяніемъ электролиза этотъ инфильтратъ омертвѣлъ, развился mediastinitis съ послѣдовательнымъ правостороннимъ плевритомъ и также exitus letalis. Нѣчто подобное было во второмъ случаѣ Boeckel'я. Этотъ хирургъ предполагаетъ, что въ его случаѣ вслѣдствіе электролиза явилось нагноеніе въ одной изъ лимфатическихъ железокъ, но гнойникъ случайно вскрылся въ пищеводъ и получилось выздоровленіе. Такимъ образомъ, рѣшившись примѣнить электролизъ, нужно помнить, что этотъ способъ леченія представляетъ большія опасности, несравненно болѣе тяжелыя, чѣмъ всѣ другіе способы хирургическаго вмѣшательства. Boeckel совѣтуетъ дѣлать элекролизъ слабымъ токомъ. По нашему мнѣнію, если уже необходимо употребить этотъ способъ леченія, то нужно брать никакъ не больше 4-хъ элементовъ, вводить ихъ въ цѣпь постепенно, точно также какъ и размыканіе тока производить постепенно и продолжительность сеанса должна быть 2—3 минуты. Этимъ способомъ, хотя и не такъ быстро, мы достигнемъ возстановленія проходимости канала, но за то меньше шансовъ получить опасныя осложненія. При ракѣ же пищевода лучше воздержаться отъ примѣненія электролиза.

Всѣ до сихъ поръ описанныя средства леченія раковыхъ съуженій пищевода далеко не достаточны. Въ большинствѣ случаевъ, вслѣдствіе прогрессивнаго роста новообразованія, съуженіе пищевода увеличивается и наконецъ получается полная или почти полная закупорка его. Въ такихъ случаяхъ хирурги съ временъ Sedillot [1]) стали дѣлать операцію, названную этимъ авторомъ гастростоміей (отъ γαστήρ, желудокъ и στόμα, ротъ) и имъ первымъ произведенную въ 1849 году, которая имѣетъ ту цѣль, чтобы устроить постоянную желудочную фистулу, чрезъ которую больной могъ бы питаться; слѣдовательно, эта операція при ракѣ пищевода имѣетъ чисто палліативную цѣль. Она до сихъ поръ была произведена 181 разъ. Эти случаи я представляю въ слѣдующей таблицѣ, заимствованной мною частью изъ статистикъ Petit [2]), Курбатова [3]), Фидлера [4]), Alsberg'a [5]), Zesas'a [6]) и др., а частью мною дополненной изъ газетныхъ и журнальныхъ сообщеній авторовъ. Кромѣ того, здѣсь же я помѣщаю случаи изъ нашей клиники и случаи описанные за послѣднее время и не вошедшіе въ вышеозначенныя статистики.

---

[1]) Sedillot, Gaz. med. de Strassburg, 1849, № 11, p. 366.
[2]) Petit, Traité de la gastrostomie, Paris, 1879. Revue des sciences médicales, Octobre 1880 et Janvier 1881.
[3]) Курбатовъ, Объ искусственномъ пути въ желудокъ. Диссерт. 1879. Москва.
[4]) Фидлеръ, Къ ученію объ операціяхъ на желудкѣ. Диссерт. 1883. СПБ.
[5]) Alsberg, Langenbeck's Archiv. 1883, t. XXVIII, s. 760.
[6]) Zesas, Langenbeck's Archiv, t. XXXII. 1885, s. 188.

Position of

№№	Операторъ.	Полъ и возрастъ.	The cancer Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ. Method	Теченіе. Course	Refs Литературные источники.
1	Sédillot.	М. 52	Ракъ пищевода на уровнѣ головки 6-го ребра (на 33 сант. отъ рѣзцовъ). Передъ операціей въ теченіи 5 недѣль больной могъ глотать только нѣсколько ложекъ жидкости. Сильное истощеніе. Легкія нормальны.	^{13}/xi 1849. Опер. въ 1 пріемъ крестообразн. разр. брюшн. ст. желудокъ не былъ вшитъ въ брюшную рану, а удерживался металлической трубкой со створками.	Death Смерть чрезъ 21 часъ послѣ операціи отъ истощенія. 21 hrs after	Gaz. méd. de Strassburg. 1849, № 11, p. 366.
2	Sédillot.	М. 58	Въ пищеводѣ найдены 2 узкія изъязвленныя съуженія; верхнее на 11 сант. отъ cart. arytenoideæ. Больной очень истощенный; бронхитъ.	^{20}/i 1853. Опер. въ 2 пріема. Крестообразный разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ; желудокъ сначала вшитъ 6-ю швами; отъ кашля швы прорѣзались и желудокъ упалъ. Послѣ этого снова желудокъ найденъ и удерживался въ ранѣ помощію пинцета.	^{25}/i вскрытіе желудка. Сращенія прочныя. Кормленіе чрезъ фистулу. Содержимое желудка вытекаетъ обратно. ^{27}/i явилась болѣзность живота и лихорадка. ^{30}/i смерть отъ перитонита. Death peritonitis	Gaz. méd. de Strassburg. 1853, № 3, p. 65.
3	Fenger.	М. 55	Въ пищеводѣ выше cardiæ найденъ ракъ длиною въ 2 дюйм. Нѣсколько дней передъ операціей больной не могъ глотать и жидкости. Истощеніе значительное. Незначительное пораженіе легкихъ.	^{23}/iii 1853. Опер. въ 1 пріемъ; разрѣзъ вдоль лѣваго края ложн. реберъ. Желудокъ вшитъ въ рану и вскрытъ; mucosa желудка сшита съ кожей.	Смерть отъ частичнаго перитонита чрезъ 58 часовъ послѣ операціи.	Virchow's Archiv, VI Bd., 1854, s. 350.
4	Cooper. Förster.	М. 47	Ракъ шейной части пищевода. Больной крайне истощенный съ хроническ. воспаленіемъ легкихъ и гортани. По причинѣ dyspnöe 2/iii сдѣлана tracheotomia. Питаніе клизмами.	^{26}/iii 1858. Опер. въ 1 пріемъ безъ наркоза. Разрѣзъ отъ 8—9 реберъ внизъ по наружному краю m. recti abdominis sinis. Желудокъ вшитъ въ рану, вскрытъ и его mucosa сшита съ кожей.	Смерть чрезъ 44 часа послѣ операціи отъ пневмоніи и истощенія. Перфорація трахеи.	Guy's Hosp. Rep. III Ser. Vol. IV, 1858, p. 13.

№№	Опера-торъ.	Полъ и возрастъ.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
5	Sydney Jones.	Ж. 44	Ракъ нижней части глотки и начала пищевода. Передъ операціей около мѣсяца больная питалась клизмами; крайнее истощеніе. 10/II по причинѣ dyspnöe сдѣлана tracheotomia. Легкія здоровы.	14/VII 1859. Операція въ 1 пріемъ. Разрѣзъ отъ лѣваго 8 межреберного пространства внизъ по наружному краю m. recti; желудокъ вскрытъ и края разр. сшиты съ краями брюшной раны.	Смерть чрезъ 36 часовъ послѣ операціи отъ истощенія.	Transactions of the Pathological Society. XI, p. 101.
6	v. Thaden.	Ж. 54	На 2 дюйм. выше кардіи изъязвлен. эпителіома. Больная въ послѣдніе 4 дня не могла принимать пищу и питалась клизмами. Истощеніе сильное.	24/V 1865. Опер. въ два пріема по Fenger'у; желудокъ вскрытъ на слѣдующій день.	Смерть чрезъ 47 часовъ послѣ операціи отъ перитонита.	Scharffenberg. Gastrotomiae propter oesophagi stenosin institutae historia. Diss. Kiliae. 1867.
7	Curling.	М. 57	Въ средней 1/3 пищевода эпителіома. Около мѣсяца больной питался почти исключительно клистирами; вѣсъ его падалъ еженедѣльно на 11 фунтовъ. Истощеніе очень сильное.	16/III 1866. Опер. въ 1 пріемъ при мѣстной анестезіи эфиромъ. Разрѣзъ отъ 7-го ребра внизъ по наружному краю лѣваго m. recti. Желуд. вскрытъ и края его разрѣза соединены швами съ брюшной раной.	Кормленіе чрезъ фистулу; содержимое желудка выдѣляется. Смерть чрезъ 32 часа послѣ операціи отъ истощенія. Перфорація праваго бронха.	The London Hospital Reports. III, p. 218. 1866.
8	Sydney Jones.	М. 61	Ракъ въ верхней 1/3 пищевода. Больной съ большимъ трудомъ глоталъ жидкости, сильно страдалъ отъ голода и жажды и былъ въ высшей степени истощенъ.	22/IX 1866. Опер. въ 1 пріемъ при мѣстной анестезіи эфиромъ. Разрѣзъ въ 3 1/2 дюйма отъ 9-го ребра внизъ вдоль наружнаго края лѣваго m. recti. Желудокъ вскрытъ и края его сшиты съ краями брюшной раны.	Кормленіе чрезъ фистулу. Содержимое желудка иногда выдѣляется. Смерть чрезъ 12 дней послѣ операціи отъ пневмоніи.	Lancet. 1866, II, Dec. 15, p. 665.
9	Mackenzie.	Ж. 42	Скирръ въ нижней части пищевода. Больная 9 дней не глотала и жидкую пищу и просила операціи, чтобы прожить еще нѣсколько дней.	Опер. въ концѣ ноября 1867 г. по обыкновенному способу (?).	Смерть чрезъ 36 часовъ послѣ операціи отъ истощенія.	Medical Times and Gazette 5 aout. 1876, p. 137.

№№	Опера-торъ.	Полъ и возрастъ.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
10	Troup.	М. 50	Эпителіома въ нижней части пищевода. Больной ничего не могъ глотать и жилъ мѣсяцъ только при помощи питательныхъ клистировъ; явился кашель, мокрота свѣтлая, клейкая.	Опер. 1867 г. въ 1 пріемъ. Разрѣзъ прямой въ 3 дюйма влѣво отъ l. med., между нею и краемъ реберной дуги, отступя нѣсколько внизъ отъ cart. xiph. Края желудка пришиты къ брюшной ранѣ и вложена трахеот. трубка.	Кормленіе чрезъ фистулу. Больной чувствуетъ себя хорошо. Смерть на 4-й день послѣ операціи отъ истощенія.	The Edinburgh Medical Journal, Iuly 1872, p. 36.
11	Durham.	М. 70	Ракъ средней 1/3 пищевода. Больной совершенно не могъ глотать никакой пищи; явился кашель и зловонное дыханіе; крайнее истощеніе.	Опер. 10/IX 1868 года въ 1 пріемъ по способу № 5.	Смерть чрезъ 16 часовъ послѣ операціи повидимому отъ истощенія. Перфорація трахеи.	Guy's Hospital Rep. III Ser. Vol. XIV, p. 194.
12	Fox.	М. 41	Ракъ нижней части пищевода. Больной ничего не могъ глотать и просилъ операціи; исхуданіе очень сильное.	Опер. въ 1868 г. въ 1 пріемъ.	Смерть чрезъ 3½ дня послѣ операціи отъ перитонита.	Austral méd. Journal und the med. Press. and. Circular. 1869, p. 130.
13	Lowe.	Ж. 51	Ракъ глотки и начала пищевода. Истощеніе сильное.	Опер. 24/IX 1869 года въ 1 пріемъ при мѣстной этеризаціи. Разрѣзъ крестообразный влѣво отъ lin. albae. Желудокъ вскрытъ и края разрѣза сшиты съ краями брюшной раны серебрян. швами.	Смерть чрезъ 61 часъ послѣ операціи. Въ аортѣ большой безцвѣтный сгустокъ, которому авторъ приписываетъ смерть; перитонита нѣтъ.	Lancet. 1871, Iuly 22, p. 119.
14	Mac Cormac.	М. 40	Ракъ въ нижней части пищев. Больной очень истощенный и слабый, едва въ состояніи принять немного жидкости.	Опер. 19/III 1872 года въ 1 пріемъ при мѣстной этеризаціи.	Смерть чрезъ 45 часовъ послѣ операціи. Перитонита нѣтъ. Въ правомъ легкомъ гангренозная каверна.	Lancet. 1872, I, p. 862.

№№	Операторъ.	Полъ и возрастъ.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
15	Smith.	M. 38	Ракъ въ средней 1/3 пищевода. Больной 8 дней безъ пищи, крайне истощенный, кашель.	Опер. 21/III 1872 года въ 1 пріемъ. Разрѣзъ параллельно лѣвому краю реберъ; желудокъ вскрытъ и края разрѣза соединены металлич. швами съ краями кожной раны.	Смерть чрезъ недѣлю послѣ операціи отъ перитонита.	Lancet. 1872. I, p. 862.
16	Le Gros Clark.	M. 57	Ракъ пищевода. Больной послѣднюю недѣлю ничего не могъ глотать; при попыткахъ глотанія приступы кашля.	Опер. 7/V 1872 года въ 1 пріемъ при мѣстной анестезіи. Разрѣзъ параллельно лѣвому краю реберъ. См. № 15.	Пища введена въ желудокъ чрезъ 30 часовъ послѣ операціи. 4 дня больной чувствовалъ себя хорошо, желудокъ частью отклеился и больной умеръ чрезъ 6 дней. Найденъ перитонитъ въ окружности раны и перфорація нижней части трахеи.	Тамъ же.
17	Mason.	M. 58	Ракъ въ нижней части пищевода. Больной 8 дней не могъ ничего глотать; истощеніе сильное.	Операція 27/VII 1872 г. въ 1 пріемъ. Разрѣзъ паралел. лѣвому краю ложныхъ реберъ. См. № 15.	Смерть на слѣдующій день послѣ операціи отъ истощенія.	Lancet. 1873, I, p. 131.
18	Bryant.	M. 53	Ракъ въ верхней 1/3 пищевода. Больной очень слабъ, глотаетъ немного жидкости; кашель съ обильной мокротой.	Опер. 17/IX 1872 года въ 1 пріемъ. Разрѣзъ парал. лѣвому краю реберъ. См. № 15.	Смерть чрезъ 20 часовъ послѣ операціи. Broncho-pneumonia duplex.	Lancet. 1877, Iuly 7, p. 9.
19	Rose.	M. 44	Ракъ въ верхней 1/3 пищевода. Больной послѣдніе 15 дней питался почти исключительно клистирами; dyspnöe, aphonia, кашель, крайнее истощеніе.	Операція 27/VIII 1873 года въ 1 пріемъ. Разрѣзъ въ 12 сант. отъ пупка кнаружи, вверхъ и влѣво до наружн. края m. recti. Желудокъ вскрытъ и края его разрѣза соединены 7-го швами съ брюшной раной.	Пища, введенная въ желудокъ, выливается обратно. Смерть чрезъ 12 часовъ послѣ операціи. Pneumonia, perforatio tracheae, перитонита нѣтъ.	Correspondenz-bl. für Schweizer Aerzte. 1874, № 17.

№№	Опера-торъ.	Полъ и возрастъ.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
20	Jakobi.	Ж. 52	4 рецидива рака грудной железы. Ракъ пищевода на 8 дюймовъ отъ рѣзцовъ. Послѣдніе 4 дня полная невозможность глотать. Истощеніе сильное.	Опер. 24/IV 1874 года въ 1 пріемъ. Разрѣзъ въ 2½ дюйма вертикально внизъ отъ хрящей 7 и 8 реберъ. Желудокъ вскрытъ и края его разрѣза соединены 8 шелковыми швами съ брюшной раной.	Erysipelas, флегмона въ брюшныхъ стѣнкахъ и смерть на 10-й день послѣ операціи отъ септикэміи. Грудная полость не вскрыта. Перитонита нѣтъ.	The New. Iork. Medical Journal 1874. Aug. und Sept.
21	Hjort.	Ж. 52	Ракъ въ нижней ⅓ пищевода. Послѣдніе два дня больная почти ничего не глотала и питалась клизмами.	Опер. 9/VI 1874 въ 1 пріемъ. См. № 15.	Смерть чрезъ 24 часа послѣ операціи отъ истощенія.	Norsk. Mag. 3 R. IV, 12. 1874 204, refer. in Schmidt's Jahrbüch. 1875, Bd. 166, s. 39.
22	Küster.	М. 55	Ракъ въ нижней ⅓ пищевода. Въ послѣдніе 10 дней больной не глоталъ жидкости; исхуданіе сильное; еще имѣетъ довольно силъ.	Опер. 22/II 1875 въ 1 пріемъ. Разрѣзъ въ 2½—3 дюйма по l. alba отъ мечевиднаго отростка внизъ. Желудокъ вскр. и края его соединены швами съ брюшной раной.	Смерть чрезъ 14 дней послѣ операціи отъ истощенія.	Fünf Jahre im Augusta-Hospital. Berlin. 1877. s. 114.
23	Sydney Jones.	М. 67	Ракъ въ началѣ пищевода. Очень сильное исхуданіе больнаго; aphonia.	Опер. 3/III 1875 въ 1 пріемъ. См. № 8.	Кормленіе чрезъ фистулу 8/III. Больной значительно поправился и умеръ чрезъ 40 дней послѣ операціи отъ бронхита.	Lancet. 1875, I, p. 678.
24	Waren Tay.	Ж. 34	Ракъ въ нижней части пищев. Больная около трехъ недѣль питается почти одними клизмами; крайнее истощеніе; пораженіе легкихъ.	Операція 30/VIII 1875 въ 1 пріемъ. См. № 4.	Смерть чрезъ 31 часъ послѣ операціи отъ перитонита.	Lancet. 1875, II, p. 527.
25	Heath.	М. 47	Ракъ пищевода. Больной 9 дней ничего не глоталъ; его питаніе еще было хорошо.	Операція 12/XII 1875 въ 1 пріемъ. Желудокъ былъ до его вскрытія сшитъ съ брюшной раной.	Смерть чрезъ 20 часовъ послѣ операціи отъ истощенія.	The Medical Times and Gazette. 1876. II, p. 137.

№№	Опера-торъ.	Полъ и возрасть.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе	Литературные источники.
26 *)	Lannelongue.	M. 59	Ракъ въ средней 1/3 пищевода. Съ мѣсяцъ пища не всегда достигала до желудка, t^0 тѣла = 36,6; крайнее исхуданіе.	Операція 31/XII 1876 въ 1 пріемъ. Антисептика. Разрѣзъ параллельный хрящу 8-го ребра. Желудокъ пришитъ въ брюшную рану и вскрытъ разрѣзомъ въ 1 сант.	Смерть на 26-й день послѣ операціи отъ асфиксіи. Перфорація въ лѣвый бронхъ, pneumonia septica.	Gaz. hebdom. 1877, № 15, p. 236.
27	Callender.	M. 39	Ракъ въ нижней части пищевода. Передъ операціей больной 7 дней питался клистирами; сильн. кашель съ обильной слизисто-гнойной съ кровью мокротой; истощеніе сильное.	Опер. 6/XI 1876 въ 1 пріемъ.	Смерть чрезъ 91 часъ послѣ операціи отъ перитонита.	Lancet. 1877, April 14.
28	Schönborn.	M. 44	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода. Общее состояніе сносное.	Опер. 29/XI 1876 въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ на 4-й день.	Оперативный успѣхъ. Смерть чрезъ 3 мѣс., 27/II 1877. Перфорація въ околопищеводную клѣтчатку. Крайнее исхуданіе.	Langenbeck's Archiv, XXII, 500.
29	Courvoisier.	M. 68	Ракъ въ верхней 1/3 пищевода. Больной еще въ силѣ; глотаетъ жидкости съ большимъ затрудненіемъ.	Опер. 17/III 1877 въ 1 пріемъ по Verneul'ю.	Смерть чрезъ 44 часа послѣ операціи. Перфорація въ трахею.	Correspondenzbl. der Schweizer Aerzte, 1877, 698.
30	Reeves.	M. 63	Ракъ въ средней части пищевода.	Операц. осенью 1877.	Смерть чрезъ 4 дня послѣ операціи отъ плеврита и перикардита, которые впрочемъ существовали до операціи.	Transact. of the clin. Soc. London, Vol. XV, p. 26.
31	Riesel.	M. 52	Ракъ въ нижней части пищевода. Правосторонняя пневмонія. Питаніе клизмами.	Опер. 9/XI 1877 въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ на 3-й день.	Смерть чрезъ 6 дней послѣ операціи отъ истощенія. Сообщеніе пищевода съ легочной каверной.	Deutsche med. Wochenschrift. 1878, № 18 и 19.

*) Съ № 26 операціи производились при соблюденіи всѣхъ правилъ антисептики.

№№	Опера-торъ.	Полъ и воз-растъ.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
32	Studs-gaard.	Ж. 41	Ракъ глотки и верхней части пищевода. Больная глотала жидкости. За 2 мѣсяца до операціи сдѣлана pharyngotomia subhyoidea (послѣ предварительной трахеотоміи) для удаленія опухоли, что удалось только отчасти.	Опер. $^{8}/_{IV}$ 1878. въ 1 пріемъ по Fenger'у.	Первые 4 дня питаніе клизмами, потомъ чрезъ фистулу. Чрезъ нѣкоторое время вслѣдствіе затрудненія дыханія сдѣлана вторичная трахеотомія. Смерть чрезъ 6 мѣсяц. ($^{9}/_{X}$ 1878) послѣ операціи отъ истощенія. Пневмонія. Въ основаніи лѣваго легкаго раковое гнѣздо.	Petit. p. 265.
33	Trende-lenburg.	М. 43	Ракъ пищевода на 37 сант. отъ зубовъ. Больной 9 дней ничего не могъ глотать; сильно ослабѣлъ. Въ легкихъ хрипы.	Опер. $^{26}/_{VI}$ 1878 въ 1 пріемъ. Желудокъ трудно было отличить отъ colon.	Смерть чрезъ 14 дней послѣ операціи отъ гангрены средней доли легкаго и перфораціи въ mediastinum post.	Petit, p. 269.
34	Langen-beck.	М. 59	Ракъ верхней $^{1}/_{3}$ пищевода. Больной не могъ глотать воду; aphonia.	Операція $^{18}/_{XII}$ 1878 въ 2 пріема. Желуд. вскрытъ на 5 день.	Питаніе клистир., а потомъ чрезъ фистулу. Больной значит. поправился и умеръ чрезъ 3 мѣс. послѣ операціи.	Berl. Klin. Wochenschr., № 7, 1879, s. 89.
35	Gritti.	М. 51	Ракъ нижней $^{1}/_{3}$ пищевода. Больной 6 дней ничего не глоталъ, сильно ослабѣлъ.	Опер. $^{23}/_{XI}$ 1878 въ 1 пріемъ безъ наркоза по Fenger'у.	Питаніе тотчасъ чрез. фистул. Смерт. чрезъ 37 час. послѣ операціи отъ коллапса.	Gaz. med. Ital. Lombard. 1881. № 1. Centr. f. chirurg. 1881, s 301.
36	Hueter.	Ж. 61	Раковое съуженіе пищевода.	Опер. осенью 1878 въ 1 пріемъ по Verneuil'ю.	Питаніе чрезъ фистулу чрезъ 2 дня. Бол. сталъ поправл. Смерть на 17 д. послѣ опер. отъ истощ.	Centralbl. f. chirurg. 1880, № 26, s. 426.
37	Howse.	М. ?	Ракъ пищевода.	Опер. въ 1879.	Смерть чрезъ 5 нед. послѣ операціи отъ гангрены легкихъ.	British. Med. Journ. 1881, № 19. Lancet. 1881. Guy's Hosp. Rep. London. 1879.
38	Howse.	Ж. ?	Ракъ пищевода.	Опер. въ іюлѣ 1878.	Выздоровленіе.	Тамъ же.
39	Howse.	М. ?	Ракъ пищевода.	Опер. въ 1879.	Смерть чрезъ 5 мѣс. послѣ операціи отъ nephritis.	Тамъ же.
40	Howse.	М. ?	Ракъ пищевода.	Опер. въ 1879.	Смерть чрезъ 5 нед. послѣ оп. отъ истощ.	Тамъ же.
41	Mac. Carthy.	М. 61	Ракъ въ нижней $^{1}/_{3}$ пищевода. 2 дня передъ опер. полная невозможность глотан. У больнаго «еще сохраненъ подкожный жирный слой».	Опер. $^{8}/_{I}$ 1879 въ 2 пріема по Fenger'у. Желудокъ вскрытъ на слѣдующій день; кровотеченіе, края пришиты къ кожной ранѣ.	Смерть на 5-й день отъ двухсторонняго плеврита. Метастазы въ железахъ и въ обоихъ легкихъ	Lancet, 1879, 475. Petit, p. 276. Centr. f. chirurg. 1879, s. 598.

№№	Операторъ.	Поль и возрастъ.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
42	Richter.	М. 40	Ракъ пищевода. Нѣсколько дней ни капли воды не проходитъ.	Опер. въ 1879.	Смерть чрезъ 20 часовъ послѣ операціи отъ истощенія.	Centralbl. f. chir. 1880, № 26, s. 428.
43	Langton.	М. 55	Ракъ верхней 1/3 пищевода. Съ большимъ трудомъ глоталъ жидкости.	Опер. 10/II 1879 2 пріема. Разрѣзъ около 2 д. по l. semil. Желудокъ вскрытъ на 9-й день.	Смерть чрезъ 12 дней послѣ операціи отъ истощенія. Въ легкихъ метастазы.	Brit. med. Journ. 1879, p. 310 и 395. Petit, p. 276.
44	Профес. Склифасовскій.	М. 38	Ракъ въ верхней 1/3 пищевода. Послѣдніе 3 дня больной не глоталъ даже воду; крайнее истощеніе, пневмонія.	Опер. 8/III 1879 въ 1 пріемъ по Fenger'у.	Смерть чрезъ 20 часовъ послѣ операціи отъ пневмоніи и перфораціи трахеи. Плоско-эпителіальный ракъ.	«Медиц. Вѣстникъ», 1879, № 22. Отчетъ изъ хир. кл. проф. Н. В. Склифасовскаго за 1878—1880 гг. составл. Кузминымъ. Cent. f. chir. № 35.
45	Schönborn.	М. 48	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода.	Опер. въ 1878 въ 2 пріема. Разрѣзъ отъ реберной дуги внизъ, длиною въ 10 сант. параллельно бѣлой линіи и на 4 сант. влѣво отъ нея. Желудокъ вскрытъ на 3-й день.	Смерть чрезъ 8 д. отъ частичнаго перитонита. На 5 день послѣ операц. желудок. обратн. ускользнулъ въ брюшную полость, снова вытащенъ и пришитъ кэтгутомъ, который на 3 день всосался и желуд. снова исчезъ, послѣ чего онъ былъ укрѣпл. сереб. швам.	Deutsch. Zeitsch. f. Chirurgie, Bd. 13, s. 404, 1880.
46	Schönborn.	М. 50	Ракъ въ средней 1/3 пищевода.	Опер. въ 1878 какъ въ предъидущемъ случаѣ.	На 3-й день смерть отъ общаго гнойнаго перитонита.	Тамъ же.
47	Schönborn.	М. 56	Раковое съуженіе пищевода проходимое для тонкаго зонда.	Опер. въ 1879 въ 2 пріема какъ въ предъидущихъ случаяхъ. Желуд. вскрытъ на седьмой день.	Смерть на 14 день отъ общаго перитонита. Метастазы въ печени, железахъ и въ желудкѣ.	Тамъ же.
48	Littlwood.	Ж. 49	Эпителіома глотки и пищевода.	Операція 21/IV 1879.	Смерть чрезъ 9 дн послѣ оп. отъ перит.	Lancet, 1879, p. 466, 27/IX.
49	Krönlein.	М. 71	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода. 3 дня полная невозможность глотанія.	Опер. 23/IV 1879 въ 2 пріема по Fenger'у. Желудокъ вскрытъ на 3-й день.	Больной жилъ 2 мѣсяц. и 7 дней и умеръ отъ раковой кахексіи.	Berlin. Klin. Wochens. 1879, №№ 34 и 35.
50	Milner-Moore.	М. 45	Ракъ пищевода. «Больной уже долгое время не могъ принять ни густой, ни жидкой пищи».	Опер. 4/V 1879.	Смерть чрезъ 8 дней отъ перитонита.	Lancet, 1879, 20/IX.

№№	Опера-торъ.	Полъ и воз-растъ.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
51	Van der Hoeven.	М. 40	Ракъ пищевода.	Операція 30/VIII 1879.	Смерть чрезъ 24 часа послѣ операціи.	Vitringa, «Over. Gastrotomieen». Diss. 1884. Zesas, l. c., s. 258.
52	Langenbuch.	Ж. 60	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода. Больная почти умирающая отъ истощенія.	Опер. 19/XI 1879. Наложеніе фистулы не послѣдовало.	Смерть чрезъ 2 дня послѣ операціи отъ истощенія. Метаст. въ перегород. сердца велич. въ грец. орѣхъ	Berl.Klin.Woch. 1881, № 17, s. 235.
53	Rose.	М. 35	Ракъ пищевода.	Опер. въ 1879 въ 1 пріемъ. Разрѣзъ въ 12 сант. на наруж. сторон. m. recti sinist.	Смерть на 8 день послѣ операціи отъ бронхопневмоніи.	Correspondenz. der Schweizer Aerzte, № 3, 1879.
54	Профес. Склифасовскій.	М. 56	Ракъ въ нижней половинѣ пищевода. Общее состояніе больнаго удовлетворительное.	Опер. 26/XI 1879 въ 1 пріемъ по Fenger'у.	Оператив. успѣхъ. Смерть на 19-й день послѣ операціи отъ истощенія. Плоско-эпителіальный ракъ	Отчетъ изъ хир. Клин. проф. Склифасовскаго состав. Кузминымъ, стр 152 «Врачъ», 1880. № 21, стр. 341.
55	Anger.	М. 42	Ракъ въ верхней части пищев. Послѣдніе 4 дня больной ничего не глоталъ. Параличъ правой голосов. связки.	Опер. въ 1880.	Смерть чрезъ 24 часа послѣ операціи.	Gazette des Hôpitaux, 1880, p. 163.
56	Escher.	М. 56	Ракъ въ нижней части пищевода. Въ послѣдніе 4 дня полная невозможность глотанія.	Опер. 20/II 1880 въ 2 пріема по Fenger'у. Желудокъ вскрытъ чрезъ 5 дней послѣ операціи.	Питаніе сначала per rectum, а потомъ чрезъ фистулу. Истеченіе содержим. желудка. Смерть чрезъ 4 м. и 3 дня послѣ опер. отъ истощенія.	Centralblatt für chirurgie, 1880, № 39, s. 625.
57	Bryant.	М. 61	Ракъ въ средней 1/3 пищевода. Значительное исхуданіе.	Опер. 11/III 1880 въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 5 сутокъ небольшимъ (въ 1/8 дюйма) отверстіемъ.	Сначала больн. прибавился въ вѣсѣ на 5 ф. Умеръ чрезъ 2 м. послѣ опер. отъ распространен. рака на трахею, легкія, печень и железы.	Lancet, 1881, 19/IV, p. 572.
58	Nicholson.	М. 69	Ракъ пищевода.	Опер. въ 1880 въ 2 пріема по Bryant'у.	Смерть чрезъ 3 м. послѣ операціи.	Vitringa, l. c. Zesas, l. c. s. 260.
59	Elias.	М. 46	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода.	Опер. 23/V 1880 въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ на 5 сутки.	Смерть чрезъ 3 м. и 10 дней.	Deutsche med. Wochenschrift, 1880, № 25. «Врачъ», № 32.
60	Lücke.	М. 65	Ракъ въ верхней части пищев. Больной ничего не могъ глотать.	Операція 9/VII 1880.	Смерть чрезъ 3 дня отъ перитон. Перфорація въ трахею.	Med. Times and Gaz. 1880, II, p. 187.

№№	Опера-торъ.	Полъ и возрасть.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
61	Buchanan.	М. 60	Ракъ въ нижней половинѣ пищевода.	Опер. 27/x 1880, въ 1 пріемъ.	Смерть чрезъ 12 дней послѣ операціи отъ истощенія.	Lancet, 1881, 1/I, p. 7.
62	Volkmann.	М. 48	Ракъ въ средней 1/3 пищевода. Больной съ большимъ трудомъ глоталъ жидкости.	Операція 29/XI 1880 по Fenger'у. Желудокъ не вскрытъ.	Смерть чрезъ 32 час. послѣ операціи отъ перитонита.	Centralblatt f. chir. № 3, 1881.
63	Golding-Bird.	М. 51	Ракъ въ средней 1/3 пищевода. Сильное исхуданіе.	Операція 26/XII 1880.	Смерть чрезъ 20 час. послѣ операціи отъ истощенія.	Transactions of the Clinical Society of London, Vol. XV, p. 33.
64	Golding-Bird.	М. 69	Ракъ въ нижней части пищевода.	Опер. 9/II 1881.	Смерть чрезъ 5 м. послѣ оп. отъ бронх.	Тамъ же.
65	Tillmanns	Ж. 52	Ракъ пищевода.	Опер. 10/II 1881 въ 1 пріемъ. Желудокъ вскрытъ крестообразным. разрѣзомъ и края сшиты съ кожной раной.	Смерть въ первые сутки отъ collaps'а.	Berl. Klin. Wochenschr. 1882, № 34.
66	Albert.	М. 69	Ракъ въ верхней 1/3 пищевода. Съ трудомъ глоталъ жидкости. Парезъ лѣвой голосовой связки.	Опер. 16/II 1881 въ 2 пріема по Fenger'у. Желудокъ вскрытъ 24/II тенотомомъ.	Больной поправился и 7/IV былъ выписанъ изъ клин. 13/V умеръ отъ истощен. (чрезъ 2 м. и 25 дн.).	Maydl. «Wiener med. Blätter, №№ 15, 19, 21, 24, 1882.
67	Morris.	М. 60	Ракъ пищевода на уровнѣ 8 груднаго позвонка.	Опер. 19/III 1881 въ 1 пріемъ. Разрѣзъ по l. semil. Края желудочн. раны соединены съ краями брюшной.	Питаніе чрезъ фистулу на 3 д. Смерть чрезъ 5 д. Перитонита нѣтъ; изъязвленная раковая масса переходитъ на печень, діафр., околосердіе и железы.	Lancet. Vol. II, 1881, p. 873. Transactions of the Clinical Society of London, Bd. 15, p. 39.
68	Lauenstein.	Ж. 62	Ракъ глотки и начала пищевода. Съ трудомъ больная могла проглотить нѣсколько чайныхъ ложекъ жидкости. Хриплость голоса; въ легкихъ хрипы.	Опер. 7/V 1881 въ 1 пріемъ по Fenger'у.	Смерть чрезъ 28 дней послѣ операціи отъ гнилостной пневмоніи.	Langenbeck's Archiv, Bd. XXVIII, s. 412.
69	Gill.	Ж. 36	Ракъ пищевода. Съ трудомъ глотала жидкости.	Опер. 6/VII 1881.	Больная жила болѣе 6 мѣсяцевъ.	Lancet, 3/XII 1881.
70	Golding-Bird.	М. 60	Ракъ въ верхней части пищевода. Больной былъ очень слабъ.	Операція 26/VII 1881.	Смерть чрезъ 54 часа послѣ операціи отъ истощенія.	Lancet, 1881.

№№	Опера-торъ.	Полъ и возрасть.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
71	Schelkly.	М. 59	Ракъ въ нижней части пищевода. Больной крайне исхудалый и кахектическій.	Операція 7/VIII 1881 въ 1 пріемъ.	Смерть чрезъ 30 дней послѣ операціи отъ истощенія	Vitringa, l. c. Zesas, p. 265.
72	Albert.	М. 42	Ракъ cardiae. Больной глотаетъ жидкости. Питаніе плохое.	Операція 21/VIII 1881 въ 2 пріема. Желуд. вскрытъ 11/IX термокаутеромъ.	Питаніе per os и per fistulam. 13/X больной выписанъ изъ клиники, послѣ чего о немъ ничего не извѣстно.	Maydl, l. c.
73	Albert.	М. 57	Cancer cardiae. Больной очень истощенъ.	Операція 29/VIII 1881 въ 2 пріема. 11/IX термокаутеромъ вскрытъ желудокъ.	Питаніе какъ въ предъидущемъ случаѣ. Больной прибавился въ вѣсѣ почти на 8 kilo. Умеръ чрезъ 4 м. отъ сильнаго геморроидальн. кровотеч. съ рвотой	Тамъ же.
74	Golding-Bird.	М. 44	Ракъ пищевода.	Операція 30/VIII 1881.	Смерть чрезъ 6 д. послѣ оп. отъ перит.	Lancet, 19/XI 1881.
75	Reeves.	Ж. 33	Ракъ въ верхней части пищевода. Истощеніе сильное, кашель.	Операція 8/IX 1881.	Смерть чрезъ 32 часа послѣ операціи отъ перитонита.	Transactions of the Clinical Society of London, Bd. XV, p. 26.
76	Rupprecht	М. 52	Ракъ въ верхней 1/3 пищевода; односторонній параличъ голосовыхъ связокъ. Съ 18/VIII мучительный кашель, dyspnöe, гнойная мокрота, лихорадка, совершенная невозможность принятія пищи.	Операція 9/IX 1881 въ 1 пріемъ по Fenger'у.	Смерть чрезъ 12 часовъ послѣ операціи отъ гнойнаго плеврита, происшедшаго отъ перфораціи.	Archiv für klinische chirurgie. Bd. XXIX, s. 177.
77	Albert.	М. 30	Cancer cardiae. Больной съ трудомъ глотаетъ жидкости.	Операція 26/IX 1881. Желудокъ не вскрытъ.	Смерть чрезъ 5 дней послѣ операціи отъ перитонита.	Maydl., l. c.
78	Gille	Ж. 56	Ракъ пищевода.	Опер. 4/X 1881.	Смерть чрезъ 11 дней послѣ операціи отъ истощенія.	Lancet, 3/XII 1881.
79	Davies Colley.	?	Ракъ пищевода.	Опер. въ ноябрѣ 1881 года.	Смерть послѣ операціи отъ гангрены легкихъ.	Lancet, 19/XI 1881.
80	Davies Colley.	Ж. 30	Ракъ пищевода.	Опер. въ ноябрѣ 1881 года.	Больная жила еще 8 мѣс. послѣ операціи.	Тамъ же.

№№	Операторъ.	Полъ и возрастъ.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
81	Проф. Коломнинъ.	М. 54	Ракъ въ средней $^1/_3$ пищевода. Больной болѣе мѣсяца съ величайшимъ трудомъ глотаетъ жидкости; крайнее истощеніе. Гипостазы въ легкихъ.	Операція $^{10}/_{III}$ 1881, въ 1 пріемъ по Fenger'у. Края желудочной раны соединены съ краями брюшной.	Смерть чрезъ 22 часа при патолого-анатомическихъ явленіяхъ, указывающихъ на продолжительное голоданіе безъ слѣдовъ перитонита.	Труды Общ. Русск. Врачей въ СПбургѣ, за 1881—82 г., стр. 153. См. исторію болѣзни № 11.
82	Проф. Пелехинъ.	М. 53	Epithelioma oesophagi. Маразмъ въ высшей степени. За сутки до операціи сдѣлано переливаніе ℥vj дефибрин. крови in ar. radialem.	Опер. въ 1881 въ 2 пріема по Fenger'у. Желудокъ вскрытъ чрезъ 30 час. и пришитъ вездѣ къ ранѣ.	Смерть на 17-е сутки послѣ операціи при явленіяхъ крайнаго истощенія.	Труды Общ. Рус. Врачей въ Спб. за 1881—82 г., стр. 149.
83	Вельяминовъ.	Ж. 58	Ракъ въ нижней $^1/_3$ пищевода. Больная очень слаба и истощена. Въ послѣдніе 7 дней полная невозможность глотанія.	Опер. $^8/_{VII}$ 1880 въ 1 пріемъ по Fenger'у. Mucosa желудка пришита къ кожѣ.	Кормленіе чрезъ фистулу на 2-й день; пища вытекаетъ обратно. Смерть на 8-й день при явленіяхъ pneumoniae hypostaticae. Перитонита нѣтъ.	«Хирургическ. Вѣстникъ» за 1885, стр. 368.
84	Вельяминовъ.	М. 52	Ракъ въ средней $^1/_3$ пищевода. Послѣдніе 2 дня полная непроходимость съуженія, сильное истощеніе.	Опер. $^{29}/_{V}$ 1881, въ 1 пріемъ. Разрѣзъ по l. alba.	Пища въ желудкѣ не удерживалась. Смерть на 3-й день отъ истощенія. Перитонита нѣтъ.	Тамъ же.
85	Кни.	М. 62	Ракъ въ нижней $^1/_3$ пищевода. Послѣдніе 4 дня полная невозможность глотанія; истощеніе сильное; бронхитъ и эмфизема.	Опер. $^{11}/_{X}$ 1881, въ 2 пріема по Fenger'у. Желудокъ вскрытъ чрезъ 14 часовъ.	Смерть чрезъ 36 час. послѣ операціи отъ перфораціи въ лѣвый броихъ.	Тамъ же, 1886, стр. 4.
86	Андерсъ.	Ж. 37	Ракъ пищевода.	Опер. въ 1882, въ 1 пріемъ по Fenger'у. Края желудочн. раны сшиты съ брюшной.	Смерть чрезъ 3 дня и 20 час. послѣ операціи отъ перитонита.	Centralblatt f. Chirurgie 1882, s. 599.
87	Тиллингъ	М. 57	Ракъ въ нижней $^1/_3$ пищевода. Сильное исхуданіе. Передъ операціей подкрѣпленъ инъекціями moschi.	Опер. въ 1881 г. въ 1 пріемъ.	Смерть чрезъ 9 часовъ послѣ операціи.	Centralblatt f. Chirurgie № 6, 1882. St.-Petersbourg. med. Wochenschift 1881, № 49.

№№	Операторъ.	Полъ и возрастъ.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
88	Китаевскій.	Ж. 47	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода.	Опер. 4/VI 1882, въ 2 пріема. Соединеніе поперечной фасціи съ vagina m. recti. Желуд. вскрытъ на 5 день.	Смерть на 24 день послѣ операціи отъ истощенія и метастаза въ сердцѣ.	«Врачъ», 1882. № 37, 39.
89	Кни.	М. 42	Ракъ въ средней 1/3 пищевода. Съ трудомъ глотаетъ жидкости; истощеніе очень сильное.	Опер. 2/I 1882 г. въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 8 дней.	Больной поправился и могъ заниматься дѣлами. Затѣмъ показалось обильное кровотеченіе изъ фистулы. Аппетитъ уменьшился. Явился параличъ лѣвой руки и смерть въ первыхъ числахъ сентября 1882 г. Жилъ 8 мѣс.	«Хирургическ. Вѣстникъ» за 1886, стр. 5.
90	Кни.	М. 48	Ракъ въ нижней части пищев. Проходимость для малыхъ количествъ жидкости. Питаніе и силы больнаго еще сохранены.	Опер. 6/XI 1882, въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 9 дней.	Былъ живъ еще чрезъ 2 мѣс. послѣ операціи.	Тамъ же.
91	Проф. Коломнинъ.	Ж. 58	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода. Истощеніе очень сильное. Съ 23/XI 1881 года почти полная невозможность глотанія; питаніе клизмами. 29/XII предварительная transfusio sanguinis in art. radial. sin. дефибрин. крови ℥ 7½.	Опер. 2/I 1882 г. Желуд. не былъ вскрытъ.	Чрезъ 3/4 часа послѣ операціи—кровотеченіе изъ раны; transfusio sanguinis in art radial. dextr. ℥IV дефибрин. крови. Чрезъ 29 час. смерть отъ истощенія и малокровія.	Диссер. Алексѣевскаго «О перелив. крови при септицеміи», стр. 40. Спб. 1883. См. исторію болѣзн. № 31.
92	Діанинъ.	М. 49	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода. Проходимость для малыхъ количествъ жидкости. Сильное истощеніе.	Операція 20/VIII 1882, въ 2 пріема. Желуд. вскрытъ чрезъ 2 дня.	Больной поправился и занимался дѣлами. Жилъ 9 мѣсяцевъ и 4 дня; смерть отъ истощенія.	Труды Общ. Русск. Врачей, 1882—83. См. истор. болѣзни, № 34.
93	Профес. Склифасовскій.	М. 44	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода. Послѣдніе 12 дней полная непроходимость съуженія для жидкостей. Больной въ забытьѣ, умирающ.	Опер. 3/X 1881 г. въ 1 пріемъ.	Смерть на слѣдующій день при явленіяхъ колляпса.	Отчетъ Хирург. Клин. пр. Склифасовскаго за 1880—84. Сост. Яковлевымъ и Левицкимъ. Москва. 1885, стр. 303.

№№	Операторъ.	Полъ и возрастъ.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
94	Пр. Склифасовскій	М. 46	Ракъ пищевода около cardiae. Проходимость для малыхъ количествъ жидкости. Исхуданіе сильное, но силы еще сохранены.	Опер. ^{20} IX 1882, въ 2 пріема. Разрѣзъ на уровнѣ 8 и 9 лѣвыхъ реберъ. Желудокъ вскрытъ на 9-й день; края желудочнаго разрѣза сшиты съ брюшной раной.	Больной сталъ поправляться, но затѣмъ явился кашель, упорная икота и поносъ. Смерть на 14 день послѣ операціи отъ истощенія. Въ правой почкѣ метастатическій узелъ. Коллоидный ракъ.	Тамъ же, стр. 305.
95	Монастырскій.	Ж. 40	Cancer cardiae. Истощеніе и потеря силъ очень быстро прогрессировали; 3 дня передъ операціей абсолютная непроходимость.	Опер. ^{30}/X 1882, въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 6 дней.	Питаніе чрезъ фистулу; пища отчасти вытекала обратно. Смерть чрезъ 7 дней послѣ операціи отъ истощенія. Перитонита нѣтъ.	Письменное сообщеніе.
96	Albert.	М. 43.	Ракъ въ верхней половинѣ пищевода. Глоталъ жидкости; кашель съ вонючей гнойной мокротой. Значительное исхуданіе.	Опер. ^{18}/XI 1881, въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ термокаутеромъ чрезъ 8 дней.	Больной сталъ поправляться, прибавился въ вѣсѣ; на 14 день оставилъ кровать. Съ 20 го января сталъ падать въ вѣсѣ и умеръ отъ истощенія чрезъ $2^1/_2$ мѣсяца послѣ операціи.	Maydl, l. c.
97	Marschall.	М. 65	Ракъ въ верхней части пищевода.	Опер. ^{29}/XI 1881, въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ на 5-й день.	Смерть на 13-й день послѣ операціи отъ пневмоніи.	The British. Med. Journal. 1882, vol. I. p. 538.
98	Albert.	М. 56	Ракъ въ верхней части пищев. Проходимость для малыхъ количествъ жидкости. Эмфизема, бронхитъ.	Опер. ^{2}/XII 1881, въ 1 пріемъ.	Смерть на слѣдующій день отъ collaps'a.	Maydl, l. c.
99	Bryant.	М. 65	Ракъ въ нижней $^1/_3$ пищевода. Проходимость для жидкостей.	Опер. ^{3}/XII 1881, въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ на 8 день тенотомомъ ($^1/_8$ д.).	Чрезъ 5 мѣс. послѣ операціи больной чувствовалъ себя очень хорошо.	Lancet, 1882. ^{15}/IV.
100	Croly.	М. 60	Ракъ ниже перекреста съ лѣвымъ бронхомъ.	Операція ^{27}/XII 1881 г. въ 1 пріемъ.	Смерть чрезъ 24 часа послѣ операціи отъ истощенія.	The British. Med. Journ. 1882, vol. I, p. 505.
101	Albert.	М. 56	Ракъ въ нижней $^1/_3$ пищевода. Съ ^{10}/XII жидкости съ большимъ трудомъ проходятъ; сильное исхуданіе.	Операція ^{28}/XII 1881 г. въ 1 пріемъ.	Гангрена вшитой части желудка; icterus; гипостазъ въ лѣвомъ легкомъ. Питаніе клизмами. Смерть чрезъ 6 дней отъ перитонита.	Maydl, l. c.

№№	Опера-торъ.	Полъ и воз-растъ.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
102	Kappeler.	М. 69	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода, эмфизема, potator, крайнее исхуданіе и ослабѣніе; 5 дней полная непроходимость пищи даже жидкой.	Опер. 24/x 1881, въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 4 дня.	Послѣ опер. жидкости проходятъ. Больной поправился, прибавился въ вѣсѣ, но умеръ чрезъ 4 недѣли отъ перфораціи въ легкія.	Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 17, s. 127.
103	White-head.	М. 40	Ракъ глотки и задней половины языка. По просьбѣ больнаго удаленъ языкъ; на слѣдующій день, вслѣдствіе oedema glottidis, tracheotomia, а чрезъ 18 дн. gastrostomia.	Опер. въ 1882 г. въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 11 дней.	Кормленіе клистирами со дня поступленія больнаго до устройства фистулы, всего 45 д.; затѣмъ питаніе чрезъ фистулу. Больной поправился и въ короткое время увеличился въ вѣсѣ на 20 фунтовъ.	British. Med. Journal, 1882 и Centralblatt. f. Chirur. № 43; 1882.
104	Eddowes.	Ж. 58	Непроходимое раковое съуженіе пищевода.	Опер. въ январѣ 1882 года.	Смерть чрезъ 3 дня послѣ операціи отъ истощенія.	The British. Med. Jour. 1882.
105	Fowler.	М. 53	Ракъ пищевода въ средней 1/3	Опер. 17/i 1882 въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ на 5-й день.	Смерть на 19 день послѣ операціи отъ истощенія.	Annals, of. Anatomy and Surgery, Vol. 6, 1882.
106	Leisrink.	М. 40	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода. Больной очень исхудалъ, но еще при довольно хорошемъ состояніи силъ. Глотаетъ жидкости свободно.	Опер. 27/i 1882 въ 1 пріемъ.	Смерть чрезъ 12 дней послѣ операціи отъ бронхо-пневмоніи. Перитонита нѣтъ.	Langenbeck's Archiv. Bd. 28. s. 750.
107	Swensson.	?	Ракъ пищевода.	?	Послѣ операціи все шло хорошо, а послѣ больной умеръ отъ oedema glottidis.	Vitringa. Zesas, l. c. p. 270.
108	Swain.	Ж. 40	Ракъ пищевода.	Операція 17/ii 1882.	Чрезъ 4 недѣли послѣ операціи tracheotomia по причинѣ dyspnöe. Смерть чр. 8 нед. отъ истощен.	British. Med. Journal, 1882.
109	Albert.	М. 55	Ракъ въ средней 1/3 пищевода. 8 д. полная невозможность глотанія; очень сильное истощеніе, пневмонія въ обоихъ легкихъ, параличъ лѣвой половины горт.	Опер. 24/ii 1882 первый актъ операціи.	Смерть чрезъ 36 час. послѣ операціи. Двухсторон. бронхопневмонія. Перфорація лѣв. бронха.	Maydl. l. c.

№№	Опера-торъ.	Полъ и воз-растъ.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
110	Rochelt.	М. 70	Ракъ пищевода. Больной сильно истощенъ; послѣдніе 5 дней полная невозможность глотанія даже жидкостей.	Опер. 29/III 1882 въ 1 пріемъ по Fenger'y.	Смерть на 3-й день послѣ операціи отъ истощенія.	Wiener med. Presse, 1882 и Centr. f. Chir. 1882.
111	Jackson.	М. 40	Раковое съуженіе пищевода настолько сильное, что больному грозила смерть отъ голода.	Опер. въ 1882 г. въ 2 пріема.	Выздоровленіе.	Lancet, 1882.
112	Mac Cormac.	М. 55	Раковое съуженіе пищевода.	Опер. 21/VII 1882 въ 2 пріема.	Выздоровленіе.	Lancet, 1882.
113	Butlin.	М. 59	Ракъ пищевода на 14,5 д. отъ зубовъ. Больной съ трудомъ глоталъ небольшія количества жидкости.	Опер. 19/VIII 1882 въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 9 дней.	Питаніе чрезъ фистулу вызывало боли въ желудкѣ, почему больной на отрѣзъ отказался отъ принят. пищи этимъ путемъ. Смерть чрез. 3½ нед. послѣ операціи отъ истощенія.	British Med. Journ. 1883 г. 14/IV, p. 715.
114	Hume.	М. 57	Ракъ въ нижней части пищевода.	Опер. 2/IX 1882.	Смерть чрезъ 11 дней послѣ операціи отъ истощенія.	Lancet, 1882.
115	Mason.	М. 60	Ракъ пищевода.	Опер. 4/IX 1882 въ 2 пріема.	Смерть чрезъ 72 часа послѣ операціи отъ истощенія.	Lancet. 1882.
116	Gould.	?	Ракъ пищевода.	Опер. въ октябрѣ 1882 года.	Смерть чрезъ 5 дней послѣ операціи отъ перитонита.	Тамъ-же.
117	Gould.	?	Ракъ пищевода.	Опер. въ октябрѣ 1882 года.	Смерть чрезъ 13 д. отъ перитонита.	Тамъ-же.
118	Green.	Ж. 56	Ракъ въ верхней части пищевода. Dyspnöe.	Опер. 11/IX 1882 въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ на 6-й день.	Выздоровл. Больная выписана на 12 день, а на 23 день сдѣлана трахеотомія по причинѣ dyspnöe. Чрезъ 15 н. больная чувств. себя хорошо.	Lancet, 3/II, 1883, p. 190.
119	Parker.	Ж. 34	Ракъ нижней части глотки. По причинѣ dyspnöe сдѣлана трахеотомія, а чрезъ 3 нед. — гастростомія.	Опер. въ 1882 г. въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ на 4-й день.	Смерть на 8-й день отъ истощенія.	British. Med. Journ. 1883.

№№	Операторъ.	Полъ и возрастъ.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
120	March Howard.	М. 60	Ракъ въ шейной части пищевода.	Опер. въ 1882 г. въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ на 9-й день тенотомомъ.	Чрезъ 3 дня кормленіе per fistulam. Смерть чрезъ 8 нед. послѣ операціи отъ пневмоніи.	Тамъ же.
121	March. Howard.	?	Ракъ пищевода.	Опер. въ 1882 г.	Смерть на 2-й день послѣ операціи.	Тамъ же.
122	N. N.	Ж. 38	Ракъ пищевода въ нижней его части. Крайнее истощеніе.	Опер. въ 1882 г. въ 2 пріема въ Спб. Наложеніе фистулы чрезъ 2 недѣли.	Кровотеченіе изъ желудочной раны. Смерть на вторыя сутки послѣ наложенія фистулы отъ истощенія.	Фидлеръ, таб. Б, LXXXV.
123	Page.	М. 54	Ракъ пищевода въ области cardiae.	Опер. въ 1883 г. въ 2 пр. Вскрытіе желудка на 5-й день.	Смерть на 28 день отъ флегмонознаго гастрита, этіологически не объяснен.	Brit. Med. Journ. 1883, p. 622.
124	Hudson и Page.	М. 59	Ракъ пищевода вблизи bifurcatio tracheae.	Опер. въ 1883 г. въ 2 пр. Вскрытіе желудк. чрез. 6 часовъ.	Смерть на 8-й день послѣ операціи.	Тамъ же.
125	Barling.	М. 45	Ракъ въ нижней трети пищевода.	Опер. 15/v 1883, въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ на 11-й день.	Смерть на 10-й н. При вскрытіи нашли больш. абсцессъ между печенью, желудкомъ, селезенкой и діафрагмой.	Тамъ же.
126	Barling.	М.	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода.	Опер. 18/v 1883, въ 2 пр. Вскрытіе желудка на 3-й день.	Смерть на 3-й день послѣ операціи отъ истощенія.	Тамъ же.
127	Whit head.	Ж. 43	Ракъ пищевода въ средней его трети.	Опер. 10/v 1883, въ 2 пр. Устройство фистулы на 5-й день.	Больная значител. поправилась и была выписана чрезъ 11 недѣль.	Тамъ же.
128	Berger.	М. 45	Ракъ въ средней части пищевода. Больной очень истощенъ и слабъ.	Опер. 16/ii 1883, въ 1 пріемъ.	Смерть чрезъ 19 час. послѣ операціи отъ collaps'а. Перитонита нѣтъ. На уровнѣ bifurcatio tracheae найдена перфорація трахеи.	Bulletins et Mémoires de la Societé de Chirurgie de Paris, 1883.
129	Le Fort.	М. 78	Ракъ въ нижней части пищевода. Нѣсколько дней до операціи больной ничего не могъ глотать.	Опер. 23/vii 1883, въ 1 пріемъ.	Смерть чрезъ 24 часа послѣ операціи отъ collaps'а. Перитонита нѣтъ.	Gazette des Hôpiteaux, 1883, p. 90.

№№	Операторъ.	Полъ и возрастъ.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
130	Smith.	?	Ракъ пищевода.	Опер. въ 1883 г.	Смерть чрезъ 10 дн. послѣ операціи.	Zesas, l. c , s. 273.
131	Lindner.	М. 59	Ракъ въ нижней $^1/_3$ пищев. Послѣдніе 8 д. полная невозможность глотанія. Больной почти умирающій.	Опер. $^{21}/_{VII}$ 1883, въ 1 пріем., почти безъ наркоза.	Смерть на 4-й д. отъ истощенія. Перитонита нѣтъ.	Тамъ же, s. 274.
132	Lindner.	М. 47	Ракъ въ нижней $^1/_3$ пищевода. Глотаетъ жидкости.	Опер. $^{14}/_{VIII}$ 1884, въ 1 пріемъ. Обшиваніе брюшной раны по Müller'у.	Кормленіе per fistulam. Содержимое желудка выходитъ обратно. Смерть на 4-й д. отъ истощенія. Аутопсія не произведена.	Тамъ же.
133	Ranke.	М. 51	Cancer cardiae.	Опер. $^{17}/_{III}$ 1883, въ 2 пр. Вскрытіе желуд. $^{25}/_{III}$.	Выздоровл. Смерть чрезъ $6^1/_2$ м. послѣ операціи отъ кровотеченія изъ желудка. Аутопсія не произведена.	Vitringa. Zesas, l, c. s. 275.
134	Ranke.	М. 40	Ракъ пищевода.	Опер. $^{24}/_{V}$ 1883, въ 2 пріема. Образованіе фистулы $^{30}/_{V}$.	Смерть на 10-й д. послѣ операціи отъ двухсторонней пневмоніи. Перитонита нѣтъ.	Тамъ же.
135	Page.	М. 35	Раковое съуженіе пищевода.	Опер. въ 1883(?) въ 1 пріемъ.	Смерть чрезъ 10 дней послѣ операціи отъ пневмоніи.	Zesas, l. c., s. 275.
136	Kocher.	М. 54	Ракъ въ нижней части пищевод. Глоталъ свободно жидкости. Питаніе вполнѣ удовлетворительное. Всѣ органы здоровы.	Опер. $^{15}/_{XII}$ 1879, въ 2 пріема по Verneuil'ю. Желудокъ вскрытъ разрѣзомъ $^{17}/_{XII}$.	Кормленіе все время исключительно per. os. Жилъ 7 м. и умеръ отъ апоплектическаго удара. Аутопсія не произведена.	Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1883, s. 605—608.
137	Kocher.	?	Ракъ пищевода. 14 дней совершенно не могъ питаться; въ послѣдніе 3 д. потерялъ въ вѣсѣ 7 ф.	Опер. въ 2 пріем.	Смерть чрезъ 12 часовъ послѣ операціи отъ collaps'а.	Тамъ же, s. 608.
138	Kocher.	?	Ракъ пищевода.	Операція въ 2 пріема.	Смерть чрезъ 3 дня послѣ операціи отъ септицеміи.	Тамъ же, s. 609.
139	Th. Jones.	Ж. 45	Ракъ пищевода.	Операція въ 2 пріема.	Смерть чрезъ 12 дней отъ перитонита, развившагося послѣ влив. въ свищъ холоднаго молока.	«Врачъ» за 1884 г. № 39, стр. 671, refer. Lancet $^9/_{VIII}$.

№№	Операторъ.	Полъ и возрастъ.	Мѣсто раковаго съуженіе. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
140	Th. Jones.	Ж. 50	«Вѣроятно злокачественное новообразован. пищевода».	Операція въ 2 пріема.	Живетъ 10 м. (?)	Тамъ же.
141	Th. Jones.	Ж. 39	Ракъ пищевода.	Операція въ 2 пріема.	Живетъ 9 мѣсяц.	Тамъ же.
142	Th. Jones.	М. 70	Ракъ пищевода.	Операція въ 2 пріема.	Оба умерли чрезъ 30 часовъ послѣ операціи.	Тамъ же.
143	Th. Jones.	М. 47	Ракъ пищевода.	Операція въ 2 пріема.		
144	Проф. Коломнинъ.	М. 46	Ракъ въ нижней $^1/_3$ пищевода. 3 дня уже не можетъ ничего проглотить; истощеніе и упадокъ силъ настолько сильно выражены, что больной почти умир.	Опер. $^{12}/_{III}$ 1883 въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ троакаромъ $^{14}/_{III}$.	Жилъ 2 мѣс.; прибавился въ вѣсѣ на 21 фунтъ. Смерть отъ кровотеченія вслѣдствіе перфораціи аорты.	Труды Общ. Рус. Врачей въ Спб. за 1882-83. стр. 192. См. истор. болѣзни № 33.
145	Д-ръ Домбровскій.	Ж. 46	Ракъ въ средней $^1/_3$ пищевода. Полная непроходимость пищевода.	Опер. $^2/_V$ 1883 г. въ 2 пріема. Устройство фистулы $^7/_V$.	Больная поправилась, прибыла въ вѣсѣ на 4 килогр. Умерла $^{18}/_{VIII}$ 1883. Перфорація праваго бронха; пневмонія. Жила $3^1/_2$ мѣсяца.	Письменное сообщеніе г. Монастырскаго.
146	Кни.	М. 62	Ракъ въ нижней $^1/_3$ пищевода. Проходимость для малыхъ количествъ жидкости. Питаніе порядочное.	Опер. $^{21}/_I$ 1883 г въ 2 пріема. Устройство фистулы $^{28}/_I$ разрѣзомъ, причемъ было значительное кровотеченіе.	Кормленіе чрезъ фистулу. Съ $^1/_{II}$ плевритъ лѣвосторон. ^{17} III больной выписанъ; умеръ чрезъ 175 дней послѣ операціи отъ плеврита, Вскрытія не было.	«Хирургическ. Вѣстникъ» за январь 1886 г., стр. 21.
147	Кни.	М. 40	Ракъ въ средней $^1/_3$ пищевода. Послѣдніе 8 дней ничего не ѣлъ. Истощеніе сильное.	Опер. $^{30}/_{VI}$ 1883 въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 8 дней. Отклейка желудка и $^{18}/_{VIII}$ пришиваніе края фистулы къ брюшной стѣнкѣ.	Сначала питаніе per rectum, потомъ чрезъ фистулу. Больной поправился, $^{15}/_{IX}$ выписался и по слухамъ умеръ въ декабрѣ 1883 г. Жилъ болѣе 5 мѣсяцевъ.	Тамъ же, стр. 22.
148	Кни.	М. 59	Ракъ въ нижней части пищев. Полная непроходимость пищевода послѣдніе 24 ч. Больной очень худощавъ, но въ силахъ.	Опер. $^2/_X$ 1883 г. въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ $^9/_X$.	Больной сначала поправился; $^4/_{XI}$ выписанъ и умеръ въ концѣ февраля 1884. Вскрытія не было.	Тамъ же, стр. 23.

№№	Операторъ.	Полъ и возрастъ.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
149	Кни.	М. 39	Ракъ, а можетъ быть и туберкулезъ пищевода; препятствіе на 24 сант. отъ рѣзцовъ. 6 дн. полная невозможность глотанія. Больной представлялъ изъ себя «живыя мощи». Лѣвостор. плевритъ.	Опер. по просьбѣ больнаго 28/XII 1883 г. въ 2 пріема. 31/XII вскрытіе желудка.	Кормленіе чрезъ фистулу удачно. Больной сдѣлался бодрѣе. Умеръ 4/I 1884 г. отъ кровотеченія горломъ.	Тамъ же.
150	Кни.	М. 49	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода. Послѣдніе 4 дня полная непроходимость. Больной очень худъ, но не безсиленъ.	Опер. 6/XI 1883, въ 2 пріема. 14/XI наложенъ свищъ.	Питаніе чрезъ фистулу удачно. 1/XII выписался, сталъ поправляться. Умеръ 23/VIII 1884 г. отъ пневмоніи.	Тамъ же, стр. 25.
151	Профес. Склифасовскій.	Ж 46	Ракъ пищевода на 32 сант. отъ рѣзцовъ. Послѣдніе 1½ мѣс. больная питалась почти исключительно клистирами; за годъ потеряла въ вѣсѣ 1 п. 24 ф. Питаніе еще удовлетвор.	Опер. 14/I 1883 г. въ 1 пріемъ.	Смерть 18/I 1883 г. повидимому отъ перитонита. Вскрытія не было.	Отчетъ Хирургическ. Клиник. пр. Склифасовскаго за 1880-84 гг., Москва, 1885 г. стр. 307.
152	Профес. Склифасовскій.	Ж. 59	Ракъ пищевода на 35 сант. отъ рѣзцовъ. Жидкости проход. съ трудомъ. Больная очень плохаго пит.	Опер. 27/X 1883 въ 2 пріема. 4/XI образованіе фистулы.	Больная поправилась. Умерла въ іюлѣ 1884 г. отъ пневмоніи. Вскрытія не было.	Тамъ же.
153	Faucon.	М. 57	Ракъ пищевода на 29 сант. отъ рѣзцовъ. Прогрессивное исхуданіе. Полная невозможность глотанія.	Опер. въ 1 пріемъ по Labbé.	Смерть чрезъ 48 часовъ послѣ операціи отъ collaps'а.	Bul. de l'Ac. roy. de Belg., 1882, t. XVI, № 11, p. 1194. Refer. Revue de chirurgie № 10, 10-e octobre 1884, p. 849.
154	Billroth.	М. 48	Ракъ въ нижней части пищевода. Истощеніе и слабость прогрессир. Проходимость для малыхъ количествъ жидкости.	Опер. 4/IX 1881, въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ на 2-й день; mucosa сшита съ кожей.	Больной значител. поправился. Чрезъ 6 недѣль вышелъ изъ клиники, но вскорѣ заболѣлъ крупозной пневмоніей и умеръ.	Hacker, Die Magenoperationen an Prof. Billroth's Klinik. 1880 bis März 1885. Wien, 1886.
155	Billroth.	М. 52	Ракъ въ нижней части пищевода. Истощеніе настолько сильное, что издали видна пульсація брюш. аорты. Почти не можетъ глотать жидкости. Питаніе клистирами мало имѣло успѣха.	Опер. 8/II 1882 г. въ 1 пріемъ. Mucosa желудка сшита съ кожей.	Послѣ операціи—collapsus; t = 34,5. Смерть чрезъ 24 ч. Перитонита нѣтъ; эмфизема и отекъ легкихъ.	Тамъ же.

№№	Операторъ.	Полъ и возрастъ.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
156	Billroth.	М. 43	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода. Сильное исхуданіе; глотаетъ лишь небольшое количест. жидкой пищи.	Опер. 12/XI 1883, въ 1 пріемъ.	Содержимое желудка непрерывно по немногу вытекаетъ. Смерть чрезъ 18 дней послѣ операціи отъ истощенія. Вскрытія не было.	Тамъ же.
157	Вельяминовъ.	М. 50	Ракъ пищевода въ средней 1/3. Жидкости проходятъ съ трудомъ; исхуданіе, но силы сохранены; бронхитъ.	Опер. 12/III 1883, въ 2 пріема по Fenger'у. Наложеніе фистулы на 4-й день.	Больной значител. поправился. Жилъ около 8 м. и умеръ повидимому отъ прободенія раковой язвы въ бронхъ. Вскрытія не было.	«Хирургическ. Вѣстникъ» за 1885 г. стр. 368.
158	Вельяминовъ.	М. 55	Ракъ пищевода въ нижней 1/3. Глоталъ полужидкую пищу довольно свободно.	Опер. 26/III 1883 въ 2 пріема по Fenger'у. Желудокъ вскрытъ на 3-й день.	Смерть на 9-й день отъ гипостатической пневмоніи.	Тамъ же.
159	Вельяминовъ.	М. 51	Ракъ въ средней 1/3 пищевода. 5 дней ничего не ѣлъ и такъ ослабъ, что не можетъ сидѣть.	Опер. 20/VII 1883, почти безъ наркоза въ 1 пріемъ по Fenger'у.	Больной сталъ поправляться, появился бронхитъ и на 15-й день послѣ операціи умеръ отъ отека легкихъ. Вскрытія не было.	Тамъ же.
160	Вельяминовъ.	М. 52	Ракъ въ средней 1/3 пищевода. Свободно глотаетъ жидкости, исхуданіе, хроническій бронхитъ; силы сохранены.	Опер. 3/X 1884, обыкновеннымъ способомъ, причемъ вслѣдствіе рвоты выпаденіе кишечника. Наложеніе фистулы на 6-й день.	Питаніе per os. На 8-й день изъ фистулы показался калъ. Былъ вшитъ не желудокъ, а colon transversum. 8/XII д-ръ Фогель сдѣлалъ гастростомію въ 2 пріема, а кишку сшилъ. На 19-й день послѣ вторичной операціи больной умеръ. При вскрытіи найдена перфорація бронха, gangraena pulmonum.	Тамъ же.
161	Кни.	М. 62	Раковое съуженіе на 40 сант. отъ рѣзцовъ. Въ послѣдніе 36 час. не глоталъ даже жидкости. Питаніе еще удовлетворительн. Отекъ нижнихъ конечностей и небольшой асцитъ.	Опер. 13/I 1884 въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ 21/I.	Больной значител. поправился, отекъ прошелъ и выписался 4/II. Умеръ чрезъ 9 мѣс. послѣ операціи отъ истощенія и раковой кахэксіи. Вскрытія не было.	«Хирургическ. Вѣстникъ» за 1886 г. стр. 27.

№№	Операторъ.	Полъ и возрастъ.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
162	Кни.	М. 56	Раковое съуженіе на 40 сант. отъ рѣзцовъ. Больной довольно хорошо упитанъ; глотаетъ жидкости.	Опер. 3/III 1884 въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 8 дней.	Больной значител. поправился; 5/IV выписался. Въ послѣдній разъ былъ въ лечебницѣ 6/XI. Дальнѣйшая участь больнаго неизвѣстна.	Тамъ же.
163	Кни.	М. 59	Раковое съуженіе на 32 сант. отъ рѣзцовъ. Проходимость для малыхъ количествъ жидкости; сильное исхуданіе.	Опер. 14/IV 1884, въ 2 пріема. Устройство фистулы чрезъ 9 дней.	Больной поправился. 18/V выписанъ. Въ послѣдній разъ былъ 11/VII. Дальнѣйшая участь не извѣстна.	Тамъ же.
164	Кни.	М. 61	Раковое съуженіе на 24 сант. отъ рѣзцовъ; проходима для малыхъ количествъ жидкости; истощеніе. Emphysema pulmonum.	Опер. 15/XI 1884, въ 2 пріема. Наложеніе фистулы чрезъ 6 дней.	Смерть чрезъ 10 дней послѣ операціи отъ истощенія. Вскрытія не было.	Тамъ же.
165	Монастырскій.	М. 48	Ракъ въ средней части пищев. Больной могъ еще глотать малыя количества жидкости.	Опер. 29/I 1884, въ 2 пр. Наложеніе фистулы 5/II.	Больной быстро поправился. Въ началѣ августа позволилъ себѣ excessus in Baccho, послѣ чего быстро сталъ худѣть. Умеръ 15/VIII 1884 г. При вскрытіи—метастазы въ mesocolon transversum и въ печени.	Письменное сообщеніе.
166	Пр. Склифасовскій	Ж. 43	Ракъ пищевода на 31 сант. отъ рѣзцовъ. Около трехъ недѣль больная почти ничего не ѣла, питаясь исключит. клизмам. Истощеніе крайнее.	Опер. 24/II 1884, въ 1 пріемъ.	Смерть чрезъ 10 часовъ послѣ операціи отъ collaps'а.	Отчетъ Хир. Моск. Клиники за 1880—84 г., стр. 309.
167	Профес. Склифасовскій.	Ж. 32	Ракъ пищевода на 30 сант. отъ рѣзцовъ. Въ послѣдніе 7 дней и жидкости не проходятъ; питаніе клизмами. Истощеніе сильное. Правосторонняя пневмонія, t = по вечерамъ 38,8.	Опер. 26/III 1884, въ 1 пріемъ.	Обостреніе легочнаго процесса. Общее состояніе больной прогрессивно ухудшалось и она умерла 3/V отъ истощенія. Вскрытіе показало перфорацію въ оба легкія, гдѣ найдены каверны и метастатическіе узлы съ куриное яйцо. Жировое перерожденіе паренхиматозныхъ органовъ.	Тамъ же.

№№	Опера-торъ.	Полъ и возрастъ.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
168	Пр. Коломнинъ.	М. 39	Ракъ пищевода на 19 сант. отъ рѣзцовъ. Послѣдніе 5 дней полная непроходимость и для жидкостей. Афонія, чрезвычайное исхуданіе, хрипы въ легкихъ.	Опер. 4/III 1884, безъ хлороформа въ 1 пріемъ.	Кормленіе чрезъ фистулу. Смерть на 4-е сутки отъ гнилостной пневмоніи вслѣдствіе распаденія рака и вскрытія in tracheam.	«Еженедѣльн. Клиническ. Газета» за 1885 г. №№ 15, 16 и 17. См. ист. болѣз. № 3.
169	Пр. Коломнинъ.	М. 48	Ракъ пищевода на 33 сант. отъ рѣзцовъ. Истощ. сильное. Проходимость для малыхъ количествъ жидкости.	Опер. 8/XI 1884, въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ 11/XI.	Сначала питаніе per os, а потомъ чрезъ фистулу. Больной быстро поправился. Жилъ болѣе 3 мѣс. и умеръ отъ истощенія и пневмоніи. Вскрытія не было.	Тамъ же. См. истор. болѣзни № 30.
170	Terrillon.	М. 61	Ракъ нижней части глотки и начала пищевода. Съ величайшимъ трудомъ глотаетъ немного жидкости. Кашель, истощеніе сильное.	Опер. 10/III 1884, въ 1 пріемъ по Labbé.	Смерть чрезъ 52 ч. при мозговыхъ явленіяхъ, сопровождавшихся параличами. При вскрытіи перитонита нѣтъ; очень выраженный интерстиціальный нефритъ. Въ головномъ мозгу ничего не найдено.	Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1884, t. X, p. 273.
171	Barrow.	М. 52	Ракъ въ средней 1/3 пищевода. Больной не могъ глотать даже жидкостей и питался клистирами.	Опер. въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ на 10-й день.	Сначала больной значительно поправился. На 3-й мѣс. кровавая рвота и симптомы гнилостнаго отравленія крови и чрезъ 4 мѣс. смерть. При вскрытіи найдены кровоподтеки въ серозныхъ оболочк., гнойники въ легк., правой почкѣ и головномъ мозгу; омертвеніе 1/3 селезенки; распаденіе рака пищевода.	«Медицинское Обозрѣн.» 1886, стр. 52. Refer. Brit. Med. Journ. 1884, p. 1134.

№№	Операторъ.	Полъ и возрастъ.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
172	Lagrange.	M. 32	Ракъ въ верхней 1/3 пищевода. Послѣдніе 3 дня ничего не глоталъ, почему ослабѣлъ до обмороковъ. Исхуданіе крайнее. Лѣвыя шейныя железы опухли.	Опер. 15/v 1884. въ 1 пріемъ по Labbé.	Тотчасъ питаніе per fistulam. 25/v удалены швы, 26/v частичная отклейка желудка. 27/v явленія перитонита и смерть 28/v. Вскрытіе показало метастазы въ железахъ, щитовидной железѣ, легкомъ и въ правой плеврѣ; n. vagus dext. сдавленъ и отчасти разрушен. Гнойный перитон.	Revue de Chirurgie № 7, 1885, p. 549.
173	Nicaise.	M. 56	Ракъ пищевода на 8 сант. отъ начала его. Правые надключичныя железы увеличены; боли въ правой верхней конечности отъ прижатія локтеваго нерва; хриплость голоса. Сильное исхуданіе.	Опер. 28/ii 1885, въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 48 часовъ.	Смерть чрезъ 26 ч. послѣ вскрытія желудка. Вскрытіе показало прижатіе plexus brachialis и n. vagus dext. перерожденными железами. Нѣсколько вторичныхъ раковыхъ узловъ, разсѣянныхъ по пищеводу. Перитонита нѣтъ.	Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, t. XI, 1885, p. 485.
174	Пр Коломнинъ.	M. 50	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода. Въ послѣдніе 8 дней больной глоталъ только воду; сильно исхудалъ и ослабѣлъ. Легкая эмфизема.	Опер. 9/iii 1885, въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ 11/iii.	Заживленіе раны шло медленно. Больной поправился и выписался изъ клиники 24/iv. Дальнѣйшая судьба его неизвѣстна.	См. ист. бол. № 35.
175	Пр. Коломнинъ.	M. 63	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода. Послѣднія 2 недѣли съ большимъ трудомъ глотаетъ малыя количества жидкости; сильное истощеніе, легк. эмфизема, кашель, въ легк. хрипы.	Опер. 2/xi 1885, въ 1 пріемъ.	Смерть 20/xi отъ гипостатическ. пневмоніи.	См. ист. бол. № 32.
176	Морозовъ.	M. 61	Ракъ въ средней 1/3 пищевода. Полная непроходимость даже и для воды. Упадокъ силъ настолько сильный, что больной не можетъ стоять. Легкая эмфизема и хрипы въ легкихъ.	Опер. 16/xii 1885. Желуд. не былъ вскрытъ.	Послѣ опер. больнаго вырвало жидкостью отвратител. запаха; икота. 16/xii частичное отклеиваніе желудка. Больной апатич., t=39. Смерть 19/xii. Гнойный перитонитъ. Распаденіе новообразованія.	См. ист. бол. № 12.

№№	Операторъ.	Полъ и возрастъ.	Мѣсто раковаго съуженія. Состояніе больнаго до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
177	Павловъ.	М. 68	Ракъ въ верхней части пищевода. Въ послѣдніе 16 дней почти не проходили жидкости; крайнее истощеніе.	Опер. 16/II 1885. въ 1 пріемъ, Mucosa желудка сшита съ кожей.	18/II больной умеръ отъ истощенія. Перитонита нѣтъ.	«Хирургическ. Вѣстн.», 1885. стр. 635.
178	Павловъ.	М. 44	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода. 10 дн. больной не могъ глотать и жидкостей. Сильное истощеніе.	Опер. 10/III 1885, въ 2 пріема. Вскрытіе желудка чрезъ 6 дней термокаутеромъ.	Сначала больной поправился, затѣмъ сталъ худѣть и слабѣть, и умеръ 3/IV отъ истощенія.	Тамъ же.
179	Богаевскій.	М. 52	Ракъ пищевода на 31 сант. отъ рѣзцовъ. Болѣе 3 нед. больной глоталъ жидкости съ большимъ трудомъ Истощеніе сильное.	Опер. 29/III 1885, въ 2 пріема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 7 дней.	Сначала питаніе клизмами, а затѣмъ per fistulam. Больной сталъ поправляться, но потомъ явилась пневмонія и больной умеръ 25/VI. Вскрытія не было.	Тамъ же, стр. 442.
180	Barwell.	?	Ракъ пищевода; тонкій катетеръ à demeure дурно переносится и извергается кашлевымъ движеніемъ.	Операція въ 2 пріема.	Смерть чрезъ 5 мѣс. послѣ операціи отъ бронхита. Обширная опухоль въ пищеводѣ; метастазы въ легкихъ.	Clinical Society of London, 27 XI 1885. Refer. Centralblatt. f. Chirurgie, 1886. № 8, s. 134.
181	Проф. Коломнинъ.	Ж. 53	Ракъ пищевода на 31 сант. отъ рѣзцовъ. Больная въ продолженіи послѣднихъ 4-хъ сут. совершенно ничего не могла глотать. Истощеніе и упадокъ силъ настолько выражены, что больная представлялась умирающей. Въ легкихъ мѣстами сухіе хрипы.	Опер. 7/X 1886, въ 1 пріемъ.	Кормленіе чрезъ фистулу тотчасъ же. Сначала больн. стала поправляться и чувствов. себя прекрасно. Потомъ явилась пневмонія, которая однако стала разрѣшаться, но развился гнойный mediastinitis post. и больная умерла 21/XI 1886 г. чрезъ 1½ м. послѣ операціи.	См. ист. бол. № 90

Гастростомія была сдѣлана:

Въ 1849 году	1 разъ.	Въ 1875 году	4 раза.
» 1853 »	2 »	» 1876 »	3 »
» 1858 »	1 »	» 1877 »	3 »
» 1859 »	1 »	» 1878 »	8 »
» 1865 »	1 »	» 1879 »	16 »
» 1866 »	2 »	» 1880 »	10 »
» 1867 »	2 »	» 1881 »	31 »
» 1868 »	2 »	» 1882 »	28 »
» 1869 »	1 »	» 1883 »	25 »
» 1872 »	5 »	» 1884 »	13 »
» 1873 »	1 »	» 1885 »	7 »
» 1874 »	2 »		

Итого . . . . 169 разъ.

Не указано время 11 разъ.

Французами эта операція сдѣлана	9 »
Англичанами и американцами	73 »
Нѣмцами	45 »
Русскими	46 »
Итальянцами и др.	7 »
Итого	180 разъ.

Эта операція была сдѣлана на мужчинахъ 134 раза, на женщинахъ—37 разъ и въ 9 случаяхъ полъ не указанъ.

Смерть послѣдовала:

Въ первые 24 часа	20	Отъ 1 до 2 мѣсяцевъ	8
Чрезъ 48 часовъ	24	» 2 » 3 »	9
Отъ 2 до 5 дней	26	» 3 » 4 »	5
» 5 до 10 дней	20	» 4 » 5 »	4
» 10 до 20 дней	24	» 5 » 6 »	6
» 20 до 30 дней	7	» 6 » 7 »	3
		» 7 » 8 »	2
Итого	121	» 8 » 9 »	3
		» 9 » 10 »	3
		Итого	43

Неопредѣленно сказано:

№ 38. Послѣ операціи больной выздоровѣлъ.

№ 72. Чрезъ мѣсяцъ и 22 дня больной вышелъ изъ клиники, послѣ чего дальнѣйшая судьба его неизвѣстна.

№ 79. Послѣ операціи больной умеръ отъ гангрены легкихъ.

№ 90. Былъ живъ еще чрезъ 2 мѣсяца послѣ операціи.

№ 99. Чрезъ 5 мѣсяцевъ послѣ операціи больной чувствуетъ себя хорошо.

№ 103. Чрезъ 1½ мѣсяца больной поправился.

№ 107. Послѣ операціи больной поправился, а потомъ умеръ.

№ 111. Больной выздоровѣлъ.

№ 112. Больной выздоровѣлъ.

№ 118. Чрезъ 15 недѣль (3½ мѣсяца) больная чувствуетъ себя хорошо.

№ 127. Чрезъ 11 недѣль (2½ мѣсяца) больная значительно поправилась.

№ 140. Живетъ 10 мѣсяцевъ (?)

№ 141. Живетъ 9 мѣсяцевъ.

№ 158. Больной въ послѣдній разъ былъ въ лечебницѣ чрезъ 8 мѣсяцевъ и 3 дня.

№ 159. Въ послѣдній разъ былъ въ лечебницѣ чрезъ 3 мѣсяца.

№ 174. Чрезъ 1½ мѣсяца больной выписался изъ клиники въ хорошемъ состояніи.

*

Изъ этой таблицы видно, что смертность всего болѣе въ первые 48 час. послѣ операціи, а именно—44; до 20 дней она держится на значительной высотѣ, а всего въ первый мѣсяцъ умерло 121; болѣе же мѣсяца прожило только 43. Если же мы №№ 38, 79, 107, 111, 112 отнесемъ къ умершимъ въ первый мѣсяцъ, а остальные 11 къ прожившимъ болѣе мѣсяца, то у насъ получится 126 (121+5) умершихъ въ первый мѣсяцъ и 54 (43+11) жившихъ болѣе мѣсяца.

Но для болѣе правильной оцѣнки значенія операціи гастростоміи, какъ средства продленія жизни больнаго, страдающаго раковымъ съуженіемъ пищевода, необходимо прежде всего принять во вниманіе условія, при которыхъ совершалась операція. Vitringa [1]) первый обратилъ на это вниманіе и всѣ случаи раздѣлилъ на двѣ группы: на операціи, произведенныя въ до-антисептическій періодъ, и операціи, произведенныя при соблюденіи всѣхъ правилъ антисептики. По поводу рака пищевода въ до-антисептическій періодъ было произведено 25 гастростомій, изъ коихъ только въ двухъ случаяхъ получился терапевтическій успѣхъ (№№ 22 и 23), остальные же 23 случая окончились летально въ первые дни послѣ операціи. Если мы теперь изъ общаго числа 126 случаевъ, умершихъ въ первый мѣсяцъ послѣ операціи, исключимъ эти послѣднія 25 гастростомій, то получимъ 101 случай смерти въ первый мѣсяцъ и 54 случая, гдѣ больные жили болѣе мѣсяца. Слѣдовательно, послѣ гастростомій, произведенныхъ по поводу рака пищевода при соблюденіи всѣхъ правилъ антисептики, больные въ $^1/_3$ случаевъ жили болѣе мѣсяца.

Далѣе, необходимо разобрать общее состояніе больныхъ, при которомъ имъ производили гастростомію. Если общее состояніе больнаго таково, что онъ безъ правильнаго питанія чрезъ нѣсколько дней, а можетъ быть даже и часовъ, необходимо долженъ погибнуть, если такому больному дѣлаютъ гастростомію и онъ живетъ 2—3 недѣли, то и такой результатъ операціи долженъ считаться вполнѣ достигающимъ терапевтической цѣли. Перечитывая исторіи болѣзни оперированныхъ больныхъ, причемъ мнѣ пришлось болѣе половины случаевъ прочесть по оригинальнымъ работамъ и сообщеніямъ авторовъ, я нашелъ, что въ 67 случаяхъ гастростомія была сдѣлана при полной непроходимости пищевода, больные въ продолженіи нѣсколькихъ дней совершенно не могли глотать даже воду, были истощены до крайности и упадокъ силъ былъ настолько рѣзко выраженъ, что они были почти умирающими; въ 32 случаяхъ больные могли глотать только весьма небольшія количества жидкостей, причемъ истощеніе у нихъ было такъ же рѣзко выражено; только въ 13 случаяхъ больные свободно глотали жидкости; въ 17 случахъ сказано, что питаніе больныхъ еще было порядочное и силы сохранены. Слѣдовательно, въ огромномъ большинствѣ случаевъ гастростомія примѣнялась при такомъ состояніи больнаго, которое ясно указывало на близкую гибель его и во многихъ случаяхъ хирургическая помощь была слишкомъ запоздалой. И при такомъ состояніи больныхъ гастростомія въ нѣкоторыхъ случаяхъ несомнѣнно продлила жизнь, какъ это показываютъ слѣдующіе №№ нашей таблицы: 26, 32, 33, 34, 56, 68, 82, 102, 103, 144, 147, 149, 163, 167, 171, 172, 178 и 181.

---

[1]) Vitringa.—«Over Gatrostomieen». Diss.—Refer. Centralblatt für Chirurgie, № 21, 1884.

Кромѣ того, если мы вычислимъ среднюю продолжительность жизни оперированныхъ больныхъ, страдающихъ раковымъ съуженіемъ пищевода, начиная съ первыхъ проявленій дисфагіи, точно такимъ же способомъ, какъ это мы сдѣлали раньше у больныхъ не оперированныхъ, то мы получимъ, что средняя продолжительность жизни оперированныхъ больныхъ=9 мѣсяц., т. е. что гастростомія нисколько не уменьшила среднюю продолжительность жизни больныхъ, не смотря на первоначальные дурные результаты ея, изъ чего ясно видна вся неосновательность мнѣній Lagrange'a [1]), Faucon'a [2]), Gallard'a [3]) и. др., которые отвергаютъ гастростомію при ракѣ пищевода, утверждая, что эта операція сокращаетъ жизнь больнымъ.

Кромѣ того, протоколы вскрытій умершихъ послѣ операціи показываютъ, что въ большинствѣ случаевъ смерть послѣдовала вслѣдствіе основной болѣзни—рака пищевода и его послѣдствій. Какъ причина смерти у оперированныхъ обозначено:

47	разъ	истощеніе.	2	раза	Кровотеченіе вслѣдствіе перфораціи аорты.
25	»	Пневмонія.	1	»	Кровотеченіе изъ фистулы.
12	»	Перфорація воздухоносныхъ путей съ послѣдующей гнилостной пневмоніей (6 разъ перфорація трахеи, 4—праваго бронха, 1—лѣваго и 1—въ легкія).	1	»	Геморроидальное кровотеченіе со рвотой.
			1	»	Въ аортѣ найденъ большой безцвѣтный сгустокъ.
3	»	Гангрена легкихъ.	1	»	Oedema glottidis.
2	»	Эмфизема и отекъ легкихъ.	2	»	Nephritis.
1	»	Перфорація въ околопищеводную клѣтчатку.	1	»	Флегмонозное воспаленіе желудка
			1	»	Апоплексія.
3	»	Плевритъ.	1	»	Абсцессъ позади желудка.
1	»	Плевритъ съ перикардитомъ.	1	»	Піэмія.
2	»	Метастазы въ сердцѣ.	2	»	Септицемія.
4	»	Метастазы во многихъ внутреннихъ органахъ.	9	»	Collapsus.
1	»	Раковая кахэксія.	26	»	Перитонитъ (изъ нихъ 7 въ до-антисептическое время).
1	»	кровотеченіе изъ желудка.			

Въ остальныхъ 29 случаяхъ причина смерти не указана.

Замѣчательно то, что эта таблица намъ показываетъ довольно значительное число перитонитовъ послѣ операціи гастростоміи,—именно: 26 на 181 случай операціи, а вычитая изъ общаго числа операцій—25, произведенныхъ въ до-антисептическое время, и изъ 26 случаевъ перитонита—7, развившихся въ тотъ же періодъ, мы получимъ на 156 гастростомій, произведенныхъ при соблюденіи антисептическихъ правилъ, 19 случаевъ перитонита, что составитъ около 12%. Отъ чего зависитъ такой значительный процентъ перитонитовъ? Отвѣта на этотъ вопросъ, по нашему мнѣнію, нужно искать въ условіяхъ надчревной ляпаротоміи и въ несовершенствѣ техники операціи.

Вслѣдствіе неподатливости брюшныхъ стѣнокъ и отрицательнаго давленія въ брюшной полости, вскрытіе брюшины въ надчревной области представляетъ больше опасности, чѣмъ вскрытіе брюшины въ какомъ либо другомъ мѣстѣ. При послойномъ разрѣзѣ

---

[1]) Lagrange,—Revue de chirurgie, 1885, p. 549.

[2]) Faucon,—Bull. et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris. 1883, t. IX, p. 664.

[3]) Gallard,—Leçons de clinique médicale, Paris, 1872, p. 30.

брюшныхъ стѣнокъ во время производства гастростоміи на худощавыхъ субъектахъ мы замѣчаемъ, что чѣмъ глубже мы проникаемъ чрезъ ткани, тѣмъ рана все болѣе и болѣе вдавливается внизъ въ надчревную полость, такъ что глубина раны получается больше глубины разрѣза; дойдя до брюшины, мы видимъ, что рана принимаетъ воронкообразную форму, несмотря на то, что всѣ слои разсѣчены были одинаково по всей длинѣ раны. Захватывая затѣмъ брюшину пинцетомъ, чтобы приподнять её вверхъ колпачкомъ, мы чувствуемъ при этомъ извѣстное сопротивленіе, а какъ только мы надрѣжемъ брюшину, то воздухъ съ силой входитъ въ полость брюшины, иногда даже съ рѣзкимъ свистомъ, какъ это замѣчалъ Sédillot. То же самое и мы не разъ замѣчали. Послѣ вскрытія брюшины всѣ органы надчревной полости опадаютъ, передняя брюшная стѣнка ослабѣваетъ и позади нея образуется пространство, наполненное воздухомъ, который при каждомъ выдыханіи входитъ въ брюшную полость, а при каждомъ вдыханіи обратно выходитъ. Вслѣдствіе этого само собою понятно, что инфекція при надчревной ляпаротоміи гораздо скорѣе можетъ получиться, а слѣдовательно и перитониты могутъ чаще встрѣчаться.

Кромѣ того, несовершенства оперативной техники въ частотѣ появленій перитонитовъ несомнѣнно имѣли немалое значеніе. Извѣстно, что при появленіи каждой новой операціи техническое выполненіе ея всегда имѣетъ большее или меньшее вліяніе на результаты этой операціи и это болѣе всего относится къ операціямъ на желудкѣ, вслѣдствіе чисто функціональныхъ особенностей этого органа. До сихъ поръ еще нерѣдко приходится читать, что желудокъ захватывается корнцангомъ или даже пулевыми щипцами и вытаскивается чрезъ операціонную рану брюшныхъ стѣнокъ; всякое-же малѣйшее поврежденіе этого органа, а тѣмъ болѣе размятіе его стѣнокъ часто ведетъ къ некрозу или же къ разъѣданію желудочнымъ сокомъ поврежденнаго мѣста, вслѣдствіе чего увеличивается образованная желудочная фистула или даже получаются новыя свищевыя отверстія, чрезъ которыя постоянно выдѣляется желудочный сокъ, который разрушаетъ свѣжія сращенія вшитой части желудка съ брюшными стѣнками, вслѣдствіе чего полость брюшины иногда вскрывается и образуется перитонитъ. Особенно раньше часто встрѣчалось истеченіе содержимаго желудка вслѣдствіе образованія слишкомъ большаго свищеваго отверстія, при чемъ желудокъ вскрывался ножемъ и слизистая оболочка его сшивалась съ кожей. При такомъ способѣ образованія желудочной фистулы почти постоянно встрѣчалось большее или меньшее истеченіе содержимаго желудка.

Наконецъ неправильное наложеніе швовъ для соединенія желудка съ брюшными стѣнками, неправильно выбранный матеріалъ для швовъ могутъ вести и не разъ вели къ отрыванію желудка отъ брюшныхъ стѣнокъ, вслѣдствіе чего также полость брюшины открывалась и получался перитонитъ; особенно это легко можетъ случиться при кашлѣ больнаго, а тѣмъ болѣе при рвотныхъ движеніяхъ, которыя часто являются послѣ хлороформированія.

Въ нашей клиникѣ во всѣхъ случаяхъ, за исключеніемъ одного перваго случая (см. истор. бол. № 11), гастростомія производилась слѣдующимъ способомъ. Наканунѣ полъ и стѣны операціонной комнаты, а также и вся мебель мылись растворомъ сулемы 1:1000 и ставились два паровые пульверизатора съ 10% карболовымъ раство-

ромъ на 4—5 часовъ, послѣ чего комната хорошо провѣтривалась и температура ея доводилась до 20° R. Въ день операціи въ операціонной комнатѣ часа 2—3 дѣйствовалъ одинъ паровой пульверизаторъ съ 2% карболовымъ растворомъ, который передъ началомъ операціи уносился изъ комнаты.—Больной, если это было возможно, наканунѣ операціи принималъ мыльную ванну, а кишечникъ его опоражнивался клистирами; передъ операціей области живота и груди обмывались щеткой съ мыломъ и растворомъ сулемы 1:1000. Операторъ и всѣ его помощники точно такъ же наканунѣ операціи принимали ванну или же ходили въ баню и являлись въ операціонную комнату въ совершенно чистомъ платьѣ. Губки употреблялись совершенно новыя, тщательно дезинфецированныя. Всѣ инструменты клались въ 3% растворъ карболовой кислоты. Для перевязки сосудовъ употреблялся дезинфецированный шелкъ. Руки оператора и его помощниковъ обмывались въ 3% растворѣ карболовой кислоты.

Послѣ вышеописанныхъ приготовленій больнаго приносили въ операціонную комнату, клали на столъ и хлороформировали. Однако въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно было опасаться syncope вслѣдствіе слабой дѣятельности сердца, общій наркозъ производился смѣсью 1 части эфира съ 2 частями хлороформа, а больному Киселеву гастростомія произведена была безъ наркоза, такъ какъ этотъ больной, вслѣдствіе 9-мѣсячнаго хроническаго голоданія и 5-дневнаго абсолютнаго, причемъ онъ не могъ глотать даже воду, былъ слишкомъ слабъ и сердечная дѣятельность его чрезмѣрно пала. Многимъ хирургамъ приходилось дѣлать гастростомію безъ наркоза. Фидлеръ [1]) насчитываетъ такихъ случаевъ девять, а по настоящее время ихъ существуетъ уже 12.

Когда больной захлороформированъ, приступаютъ *къ первому акту операціи*—къ разрѣзу брюшной стѣнки и вскрытію полости брюшины. Кожный разрѣзъ длиною въ 6—7 сант. производится in regione epigastrii на 2 поперечныхъ пальца влѣво отъ срединной линіи, вдоль края лѣвыхъ ложныхъ реберъ, приблизительно отъ 7 до 9 реберныхъ хрящей и параллельно имъ, отступя отъ нихъ книзу на 1—1½ поперечныхъ пальца въ актѣ выдыханія. Larger [2]), смотря по величинѣ угла, образуемаго краями ложныхъ реберъ, дѣлитъ грудную клѣтку на широкую, среднюю и узкую, соотвѣтственно чему предлагаетъ дѣлать кожный разрѣзъ при гастростоміи тѣмъ выше (ближе къ process. xyphoideus), чѣмъ шире грудная клѣтка. Послѣ разрѣзыванія кожи и подкожной фасціи вскрывается vagina m. recti abdominis sinistri приблизительно въ наружной ея трети и разрѣзываются мышцы, причемъ обыкновенно приходится перевязать нѣсколько незначительныхъ артеріальныхъ вѣточекъ отъ верхней надчревной артеріи, послѣ чего по желобоватому зонду вскрывается задняя пластинка влагалища прямой мышцы. Кровотеченіе тщательно останавливается до вскрытія брюшины, которая затѣмъ осторожно вскрывается. Этимъ заканчивается первый актъ операціи.

Многіе хирурги, по совѣту Müller'a [3]), послѣ вскрытія брюшины производятъ окаймленіе брюшной раны, временно сшивая laminam parietalem peritonei съ кожей для того, чтобы избѣгнуть попаданія крови въ брюшную полость, загрязненія краевъ раны

---

1) Фидлеръ,—l. c., стр. 59.

2) Lerger, Note sur la technique de le Gastrostomie. Congrès Français de chirurgie, (1885) 1886. Paris, p. 555—559.

3) Langenbeck's Archiv. Bd. XXIV, s. 177.

во время манипулированія въ полости брюшины и, самое главное, защитить края раны отъ желудочнаго содержимаго при наложеніи фистулы. Этотъ совѣтъ Müller'а положительно не заслуживаетъ подражанія главнымъ образомъ на томъ основаніи, что отнимаетъ время, а всякое замедленіе данной операціи въ то время, когда уже вскрыта cavum peritonei, чрезвычайно дурно отзывается на больномъ, какъ это прекрасно доказалъ Фидлеръ [1]). Главная опасность при этомъ состоитъ въ охлажденіи брюшины. Послѣ вскрытія брюшины въ надчревной области воздухъ дѣйствіемъ діафрагмы постоянно накачивается въ полость ея и чрезвычайно энергично отнимаетъ тепло отъ организма. Вслѣдствіе этого даже при небольшомъ замедленіи операціи у нашихъ крайне истощенныхъ больныхъ, у которыхъ и безъ того t° стоитъ ниже нормы, очень легко можетъ случиться такое значительное пониженіе температуры, что возбудимость центровъ дыханія и кровообращенія можетъ окончательно истощиться. Весьма возможно, что многіе больные, умершіе въ первые 24 часа послѣ операціи и у которыхъ причина смерти обозначена авторами—истощеніе, погибли главнымъ образомъ вслѣдствіе чрезмѣрнаго пониженія температуры во время производства операціи. Фидлеръ также приходитъ къ такому заключенію. Въ нашей клиникѣ при гастростоміи во избѣжаніе значительнаго охлажденія больнаго нижнія конечности его окутываются шерстяными одѣялами и простынями, а какъ только вскроется полость брюшины, тотчасъ же на животъ и грудь кладутся теплыя дезинфецированныя салфетки, которыя часто мѣняются. Кромѣ опасности отъ охлажденія брюшины, окаймленіе операціонной раны по Müller'у не слѣдуетъ производить еще на томъ основаніи, что, по нашему мнѣнію, невозможно безъ значительнаго натяженія сшить брюшину съ кожей вслѣдствіе чисто анатомическихъ особенностей надчревной области, именно—малой подвижности peritonei parietalis [2]) вслѣдствіе того, что она здѣсь «нераздѣльно соединена съ слоями, лежащими впереди ея» и довольно значительной толщины брюшной стѣнки, въ чемъ легко можно убѣдиться на каждомъ трупѣ. Всякое же натяженіе брюшины можетъ невыгодно отозваться на питаніи даннаго участка ея. Этого же мнѣнія держится и Фидлеръ [3]).

Точно также мало заслуживаетъ вниманія и совѣтъ д-ра Китаевскаго [4])—сшивать поперечную фасцію живота съ передней пластинкой влагалища m. recti abdominis до вскрытія cavi peritonei на томъ основаніи, что, опять-таки вслѣдствіе анатомическихъ особенностей надчревной области, этого невозможно сдѣлать безъ поврежденія брюшины, что и было съ самимъ Китаевскимъ; онъ же самъ говоритъ, что «между этими двумя пластинками, т. е. между fascia transversa и peritoneum parietale, совершенно не оказалось промежуточной ткани». Такъ всегда и бываетъ, въ чемъ легко убѣдиться на всякомъ трупѣ, препарируя стѣнки живота въ данной области [5]). Если уже нужно или почему бы то ни было желательно произвести окаймленіе операціонной

---

[1]) Фидлеръ, l. c., стр. 46—50.

[2]) Таренецкій, Топографическое описаніе собственно подчревной области живота, Дисс. 1874, Спб., стр. 48.

[3]) Фидлеръ, l. c., стр. 63.

[4]) Китаевскій, «Врачъ» за 1882 г., №№ 37 и 39.

[5]) Таренецкій, l. c., стр. 32 и 46.

раны, то этого легче всего достигнуть сшиваніемъ кожи съ передней и задней пластинками m. recti abdominis sinistri. Но въ нашей клиникѣ этого никогда не дѣлалось. Вообще совершенно справедливо профессоръ С. П. Коломнинъ писалъ объ этой операціи: «чѣмъ проще операція, тѣмъ результаты ея лучше» [1]).

Второй моментъ гастростоміи состоитъ въ отысканіи желудка, выведеніи его надъ уровнемъ брюшной раны и въ удостовѣреніи, что захваченная нами внутренность дѣйствительно принадлежитъ желудку, а не другому отдѣлу кишечника.

Для отыскиванія желудка чрезъ рану въ полость брюшины вводятъ указательный и средній пальцы правой или лѣвой руки и направляясь по нижней поверхности лѣвой доли печени вглубь, обыкновенно скоро его находятъ, захватываютъ введенными пальцами соотвѣтственное мѣсто въ складку и притягиваютъ къ ранѣ. Выше было уже сказано, что нельзя захватывать желудокъ какими бы то ни было инструментами, а непремѣнно слѣдуетъ брать его пальцами и стараться какъ можно меньше мять. Распознаваніе желудка обыкновенно не представляетъ затрудненій. Онъ узнается по сравнительной толщинѣ своихъ стѣнокъ, въ складкѣ дающихъ впечатлѣніе двухъ оболочекъ, вслѣдствіе большой подвижности его толстой слизистой оболочки, по сѣровато-молочному цвѣту стѣнокъ его, по ходу вѣнечныхъ сосудовъ и симметрическаго ихъ развѣтвленія вверхъ и внизъ, по большому сальнику и наконецъ по мѣстоположенію этого органа, причемъ вслѣдствіе долгаго голоданія, его нерѣдко находили сильно уменьшеннымъ въ объемѣ, въ спавшемся состояніи, лежащимъ глубоко подъ сводомъ діафрагмы на позвоночникѣ; въ такихъ случаяхъ трудно его отыскать, чему главнымъ образомъ мѣшаетъ colon transversum, обыкновенно приэтомъ лежащій впереди желудка. Нѣкоторые авторы увѣряютъ, что желудокъ въ такомъ сильно спавшемся состояніи можно смѣшать съ colon tranversum, не смотря на довольно характеристическій видъ послѣдней (haustra, taeniae, omenticuli, тонкость стѣнокъ и пр.). Правда, въ литературѣ описаны случаи, гдѣ желудокъ уменьшался до величины апельсина или гусинаго яйца [2]), до калибра толстой [3]) и даже тонкой кишки [4]), а Laboulbene [5]) описываетъ такія формы съуженія желудка, которыя представляются въ видѣ цѣлаго ряда перетяжекъ, вслѣдствіе чего на немъ образуются выпячиванія, напоминающія собою haustra coli, но такіе случаи во первыхъ крайне рѣдки, а во вторыхъ—въ одномъ, встрѣтившемся въ клиникѣ профессора Albert'а, подобномъ случаѣ, во время производства гастростоміи, д-ръ Maydl безъ особенныхъ затрудненій нашелъ его, не смотря на то, что онъ былъ уменьшенъ «до объема тонкой кишки и нѣсколько разъ согнутъ». Наконецъ, если уже встрѣтятся какія либо затрудненія при отыскиваніи желудка, то, идя по большому сальнику, всегда можно выйти изъ затрудненій. Нашъ клиническій опытъ показываетъ, что смѣшать желудокъ съ кишкой нельзя; въ нѣкоторыхъ случаяхъ отыскиваніе желудка было затруднительно, но распознаваніе его въ одномъ случаѣ не представляло ни малѣйшихъ затрудненій и по нашему

[1]) Труды Общ. Русск. Врачей въ Спб. за $188^2/_3$ г. стр. 222.
[2]) Lebert, Deutsches Archiv f. Klin. Medic. Bd. XIX, 1877, s. 541.
[3]) Pirogoff, l. c., fasc. 3, pars. 3.
[4]) Maydl, l. c., s. 494, № 16, 7-й случай.
[5]) Laboulbene, l. c., стр. 212.

мнѣнію Sedillot [1]) справедливъ, говоря, что «il est impossible de confondre l'estomac avec le colon transversum». Если же Maunder [2]), д-ръ Вельяминовъ [3]) и, по свидѣтельству Schönborn'a [4]), одинъ «крайне опытный» хирургъ при гастростоміи, вмѣсто желудка, пришили colon transversum и образовали колотомію, то эти случаи еще нисколько не доказываютъ трудности распознаванія желудка.

Мнѣ кажется излишнимъ здѣсь говорить о предложеніяхъ нѣкоторыхъ хирурговъ для облегченія отыскиванія и распознаванія сократившагося желудка до операціи предварительно расширять его послѣдовательнымъ введеніемъ растворовъ соды и кислоты, или же вводить въ желудокъ зондъ съ каучуковымъ шарикомъ на внутреннемъ концѣ его, который бы послѣ введенія зонда раздувался и расширялъ желудокъ. Такіе совѣты излишни на томъ основаніи, что гастростомія чаще всего дѣлается при полной непроходимости пищевода, а если же ее производятъ при проходимомъ съуженіи, тогда и безъ искуственнаго предварительнаго расширенія желудокъ всегда легко отыскивается.

При выполненіи втораго момента операціи въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ встрѣтиться слѣдующія непріятныя случайности. При отыскиваніи желудка и извлеченіи его въ нѣкоторыхъ случаяхъ у больныхъ наблюдаются опасныя явленія чисто нервнаго характера,—именно ослабленіе пульса и даже временная остановка сердечной дѣятельности. Д-ръ Діанинъ [5]); описывая свой случай гастростоміи, пишетъ слѣдующее: «рѣзкій фактъ, обратившій мое вниманіе во время операціи, совпалъ съ моментомъ наложенія кремальера на желудокъ и его извлеченіемъ наружу,—это ясное замедленіе сердечной дѣятельности, близкое къ полной остановкѣ; при опусканіи желудка сердце тотчасъ начинало усиленно функціонировать; такъ повторялось до трехъ разъ». Онъ объясняетъ это раздраженіемъ n. vagi. Д-ръ Байковъ [6]) тоже сообщаетъ, что «при сильномъ натяженіи желудка замѣчалась остановка сердцебіенія». Еще гораздо раньше, въ 1869 г., Fox Henry [7]), во время производства гастростоміи по поводу раковаго съуженія пищевода, замѣтилъ ослабленіе пульса. Мы нѣсколько разъ замѣчали небольшое ослабленіе пульса и паденіе его до 40 ударовъ въ минуту, но въ одномъ изъ нашихъ случаевъ (см. истор. бол. № 14) каждый разъ при введеніи пальцевъ въ брюшную полость для отыскиванія желудка пульсъ такъ сильно падалъ, что развивался рѣзкій ціанозъ и появлялось сильное безпокойство больной вслѣдствіе чего профессоръ С. П. Коломнинъ счелъ нужнымъ оставить операцію.

Затѣмъ могутъ иногда встрѣтиться случаи, гдѣ, вслѣдствіе распространенія раковаго новообразованія съ нижней части пищевода на желудокъ, этотъ послѣдній органъ можетъ быть такъ прочно фиксированъ у позвоночника, что его невозможно притянуть къ брюшной ранѣ, или же могутъ встрѣтиться такіе случаи, гдѣ стѣнки же-

---

[1]) Sedillot, Contributions à la Chirurgie, t. II, 1868, p. 512.

[2]) Lacour, l. c., p. 81.

[3]) «Хирургическій Вѣстникъ» за 1885 г. стр. 370—371.

[4]) Langenbeck's Archiv, Bd. XXII, s. 500.

[5]) Труды Общ. Русск. Врачей въ Спб. за 1882—83 г., стр. 207.

[6]) Засѣд. Общ. Практич. Врачей въ Спб. 1-го февраля 1883.

[7]) Дисс. Фидлера, Табл. В., № 15.

лудка инфильтрированы раковымъ новообразованіемъ, такъ что нѣтъ возможности ихъ захватить въ складку. Конечно, въ такихъ случаяхъ ничего не остается другаго, какъ прекратить операцію и зашить брюшную рану. Такъ было поступлено въ двухъ случаяхъ въ клиникѣ профессора Albert'a [1]) и въ одномъ нашемъ случаѣ, описанномъ д-ромъ Новицкимъ [2]). Въ этомъ послѣднемъ случаѣ при аутопсіи было найдено, что раковое новообразованіе пищевода распространялось на желудокъ и образовало бугристое разрощеніе на задней стѣнкѣ его; передняя же стѣнка тоже усѣяна раковыми узлами, такъ что невозможно отыскать здороваго мѣста для наложенія фистулы, причемъ полость желудка едва можетъ вмѣстить $^1/_2$ стакана воды. Кромѣ того, раковые узлы, величиною отъ лѣснаго орѣха до мелкой горошины, были разсѣяны по всему сальнику и по всей брыжжейкѣ; таковые же узлы въ большомъ количествѣ находились и на peritoneum parietale. Всѣ эти узлы, по причинѣ своей незначительной величины, при жизни не могли быть прощупаны чрезъ брюшную стѣнку, а желудокъ, вслѣдствіе перерожденія, чрезвычайно сильно уменьшился въ объемѣ, помѣщался въ глубинѣ подъ сводомъ діафрагмы на позвоночникѣ и такъ далеко отошелъ отъ брюшной стѣнки, что при жизни его прощупать тоже не было никакой возможности. Этому больному [3]) сдѣлана была ляпаротомія, желудокъ былъ тотчасъ же найденъ, но наложенія свища нельзя было сдѣлать, почему брюшная рана была зашита, которая чрезъ 6 дней зажила per primam. Итакъ въ этомъ случаѣ, не смотря на обширное распространеніе рака, до операціи невозможно было узнать состояніе стѣнокъ желудка и его сращенія съ окружающими органами.

Наконецъ случай Golding Bird'a [4]) намъ указываетъ на опасность другаго рода. Въ этомъ случаѣ во время производства гастростоміи вдругъ появилось сильное кровотеченіе изъ пищевода и больной умеръ на операціонномъ столѣ. Къ сожалѣнію, этотъ случай не описанъ подробно. Но при раковомъ перерожденіи нижней части пищевода и кардіи мыслимо, что во время неосторожнаго извлеченія захваченной складки сильно сократившагося желудка чрезъ рану брюшныхъ стѣнокъ отъ сильнаго натяженія можетъ произойти въ пораженной части пищевода надрывъ и сильное кровотеченіе. Избѣжать этой случайности можно только предварительнымъ ощупываніемъ кардіи во время отыскиванія желудка.

Третій актъ операціи состоитъ въ пришиваніи захваченной части желудка къ краямъ брюшной раны. Но здѣсь прежде всего нужно рѣшить вопросъ, какую часть желудка лучше всего пришивать? Larger [5]) въ своемъ докладѣ хирургическому обществу въ Парижѣ совѣтуетъ дѣлать фистулу какъ можно ближе къ кардіи и къ большой кривизнѣ, но Berger справедливо на это замѣчаетъ, что при всемъ желаніи хирурга часто это невозможно сдѣлать при сильно сокращенномъ желудкѣ, а при

---

[1]) Maydl, l. c., № 16, 6 и 7 случаи.

[2]) Труды Общ. Русск. Врачей въ Спб. за 1882—83 г., стр. 203—204.

[3]) Больной отставной фейерверкеръ Андроненко, 57 лѣтъ, прибылъ въ клинику 26-го окт. 1882 г., умеръ 3-го января 1883. Diagnosis—cancer oesophagi. 11-го ноября 1882 г. ляпаротомія; 2-го декабря артеріальная трансфузія дефибр. крови.

[4]) The Lancent, 1881, vol. II, p. 873.

[5]) Bull. et mem, de la Saciété de chirurgie de Paris. t. IX, 1883, p. 776—779.

сильномъ натяженіи его и опасно; Lucas—Championnière при этомъ сказалъ, что на тѣхъ больныхъ, которые долго жили послѣ гастростоміи, клиническія наблюденія не показали никакихъ особенныхъ неудобствъ, когда фистула находилась вблизи pylorus. Но если мы вспомнимъ форму и положеніе желудка, то намъ будетъ очевидно, что выгоднѣе всего дѣлать фистулу желудка какъ можно ближе къ входной его части, и въ нашей клиникѣ при всякой операціи это имѣлось въ виду, хотя и не каждый разъ удавалось этого достигнуть. Далѣе, для пришиванія выбирается та часть желудка, гдѣ нѣтъ крупныхъ кровеносныхъ сосудовъ, т. е. приблизительно средина передней стѣнки желудка между большой и малой кривизной, причемъ нужно стараться брать складку какъ можно ближе къ большой кривизнѣ. Затѣмъ избранную часть желудка, которую желаютъ фиксировать въ брюшной ранѣ, захватываютъ въ складку и проводятъ чрезъ нее въ разстояніи 3—4 сант. одна отъ другой двѣ лигатуры изъ толстаго дезинфецированнаго шелка, стараясь при этомъ не повредить слизистой оболочки желудка, а захватить только серозно-мускульную оболочку его, что удается обыкновенно довольно легко, благодаря большой подвижности слизистой оболочки. Эти лигатуры передаются ассистентамъ, при помощи которыхъ они удерживаютъ желудочную стѣнку надъ уровнемъ брюшной раны въ видѣ колпачка. Послѣ этого приступаютъ къ накладыванію швовъ.

Въ нашей клиникѣ во всѣхъ случаяхъ швы накладывались изъ серебряной проволоки на томъ основаніи, что этотъ матеріалъ вполнѣ надеженъ, почти не раздражаетъ рану, а слѣдовательно швы долго могутъ оставаться въ ней, что во многихъ случаяхъ положительно необходимо въ виду вяло развивающейся воспалительной реакціи, какая обыкновенно бываетъ у нашихъ истощенныхъ больныхъ; наконецъ, и это самое главное, этотъ матеріалъ при случайномъ смачиваніи желудочнымъ содержимымъ нисколько не измѣняется и не впитываетъ жидкости, почему легче соблюдается чистота раны.

Дезинфецированный шелкъ неудобенъ при этой операціи потому, что онъ впитываетъ въ себя жидкости и раздражаетъ рану, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда въ нее случайно попадаетъ содержимое желудка или же пищевыя жидкости во время кормленія.

Самый негодный матеріалъ для швовъ при гастростоміи,—это кэтгутъ. Всякій мало-мальски опытный врачъ прекрасно знаетъ, насколько ненадеженъ подобный матеріалъ, особенно, если какъ нибудь нечаянно смочится желудочнымъ сокомъ. Однако до сихъ поръ еще нѣкоторые хирурги при гастростоміи накладываютъ швы изъ гэтгута и случается, что на 2—3 день послѣ операціи, при какомъ нибудь неосторожномъ движеніи больнаго, кашлѣ, а тѣмъ болѣе рвотѣ и т. д., часть желудка отрывается отъ стѣнки живота и приходится вторично накладывать швы. Кромѣ того, этотъ матеріалъ негоденъ еще и тѣмъ, что наружные концы каждаго шва засыхаютъ, а внутренніе пропитываются жидкостями, вслѣдствіе чего они сильно раздражаютъ рану и загрязняютъ ее.

Способъ фиксированія предлежащей части передней стѣнки желудка къ брюшной ранѣ долженъ удовлетворять слѣдующимъ цѣлямъ: 1) нужно вполнѣ изолировать брюшную полость отъ наружнаго воздуха, герметически закупоривая брюшную рану вшиваемой частью передней стѣнки желудка; 2) устранить проникновеніе въ полость

брюшины содержимаго желудка или пищевой жидкости, и наконецъ 3) избѣжать возможности отрыванія желудка отъ брюшной раны, что весьма легко можетъ случиться вслѣдствіе того, что желудокъ постоянно стремится отойти отъ передней брюшной стѣнки, а своими сокращеніями мѣшаетъ образованію спайки между серозными поверхностями желудка и брюшной стѣнки. Особенно же отрываніе желудка легко можетъ случиться при внезапныхъ форсированныхъ сокращеніяхъ брюшнаго пресса, какъ напр. при рвотныхъ движеніяхъ, кашлѣ, икотѣ, чиханіи и т. п.

Всѣмъ этимъ условіямъ вполнѣ удовлетворяетъ способъ фиксаціи желудка, употребляемый въ нашей клиникѣ, гдѣ выбранное мѣсто передней стѣнки желудка пришивается къ краямъ брюшной раны глубокими 8-образными и между ними частыми поверхностными швами изъ серебряной проволоки, причемъ, стараясь не повредить слизистой оболочки желудка, захватывается одинъ только серозно-мышечный слой его, что весьма важно въ смыслѣ соблюденія антисептики, такъ какъ при проколѣ всѣхъ слоевъ желудка каналы уколовъ могутъ служить проводниками инфекціи изъ полости желудка въ брюшную рану и въ полость брюшины. Здѣсь между прочимъ нужно замѣтить, что употребляя швы изъ серебряной проволоки, большой бѣды не будетъ, какъ показываетъ нашъ клиническій опытъ, если при накладываніи швовъ какъ нибудь нечаянно придется повредить слизистую оболочку желудка. Но если это случится при употребленіи шелка, то вслѣдствіе способности всасыванія этого матеріала желудочный сокъ можетъ легко произвести разъѣданіе стѣнокъ каналовъ, происшедшихъ отъ уколовъ.

Для наложенія глубокихъ 8-образныхъ швовъ кривой иглой съ серебряной проволокой захватываютъ съ одной стороны серозный и мускульный слои желудка, а съ другой серозный и мускульный брюшной стѣнки, затѣмъ захваченныя части стягиваются проволокой и она скручивается; послѣ этого иглу проводятъ чрезъ кожу изнутри кнаружи и снова концы проволоки скручиваются. Такихъ швовъ обыкновенно накладывается 8—12 и болѣе, а затѣмъ между ними накладывается нѣсколько поверхностныхъ швовъ, соединяющихъ peritoneum parietale cum peritoneo viscerali. Такимъ образомъ желудокъ прочно фиксируется въ ранѣ и вмѣстѣ съ тѣмъ достигается полное разобщеніе полости брюшины отъ внѣшняго воздуха. Этимъ заканчивается третій актъ операціи.

Четвертый и послѣдній *актъ операціи* гастростоміи состоитъ изъ вскрытія желудка. Здѣсь предстоитъ рѣшить важный вопросъ,—когда лучше всего слѣдуетъ произвести вскрытіе желудка, тотчасъ ли послѣ фиксированія его или же нѣсколько дней спустя, когда образуется склейка между вшитой частью желудка и брюшной стѣнкой? Дѣло въ томъ, что, дѣлая гастростомію въ одинъ пріемъ, т. е. всѣ четыре акта операціи заразъ, мы нарушаемъ асептическое теченіе раны и не можемъ ручаться за то, что не попадетъ въ полость брюшины хотя бы малѣйшее количество желудочнаго содержимаго и не явится вслѣдствіе этого перитонитъ. Дѣлая же вскрытіе желудка чрезъ нѣсколько дней послѣ фиксаціи его, когда образуется прочная склейка между вшитой частью желудка и брюшной стѣнкой, мы навѣрное можемъ разсчитывать, что ни содержимое желудка, ни пища не могутъ попасть въ полость брюшины, и если не произойдетъ инфекціи извнѣ во время перваго пріема операціи, то мы

всегда навѣрное избѣгнемъ перитонита. Все это чрезвычайно наглядно доказываетъ статистика. Послѣ гастростомій, произведенныхъ въ одинъ пріемъ, число перитонитовъ составляетъ 15%; а послѣ гастростомій, такимъ же способомъ сдѣланныхъ при соблюденіи всѣхъ правилъ антисептики, число перитонитовъ уменьшилось до 11%. Но при производствѣ операціи въ два пріема число перитонитовъ составляетъ=9%, а при соблюденіи антисептическихъ правилъ оно уменьшилось до 6,5%. Слѣдовательно, статистика намъ показываетъ, что при двухмоментномъ способѣ операціи и при строгомъ соблюденіи всѣхъ правилъ антисептики перитониты развивались всего рѣже. Но, съ другой стороны, дожидаясь прочнаго соединенія желудка съ брюшной стѣнкой въ продолженіи нѣсколькихъ дней, по Studsgaard'у [1]) «по меньшей мѣрѣ три дня», мы теряемъ время для питанія больнаго, который можетъ за это время погибнуть отъ истощенія вслѣдствіе голода, поэтому этотъ авторъ, а также Verneuil [2]) и др., совѣтуютъ дѣлать гастростомію въ одинъ пріемъ.

Въ нашей клиникѣ изъ 9 случаевъ въ 4-хъ гастростомія была сдѣлана въ одинъ пріемъ, а остальные 5—въ два пріема. Въ одинъ пріемъ оперировали такихъ больныхъ, которые были слишкомъ истощены отъ долгаго голоданія, они впродолженіи нѣсколькихъ дней передъ операціей не могли глотать даже воду, почему являлась настоятельная необходимость ихъ тотчасъ же накормить. Однако въ этихъ случаяхъ ни разу перитонита не было. Въ остальныхъ 5 случаяхъ операція была сдѣлана въ два пріема на томъ основаніи, что не было такой настоятельной необходимости немедленнаго кормленія больнаго и можно было ждать склеекъ между пришитой частью желудка и брюшной стѣнкой. Такимъ образомъ въ нашей клиникѣ, смотря по случаю, гастростомія производилась то въ одинъ пріемъ, то въ два пріема. Но несомнѣнно гастростомія, сдѣланная въ два пріема, предотавляетъ больше шансовъ на успѣхъ, во первыхъ потому, что легче избѣжать перитонита и во вторыхъ потому, что больные, этимъ способомъ оперированные, гораздо дольше жили, какъ это показываетъ статистика. Изъ 77 случаевъ, оперированныхъ въ два пріема при соблюденіи правилъ антисептики, въ первые 10 дней умерло 19.

до 20 » » 10.

» 30 » » 7.

Итого въ первый мѣсяцъ послѣ операціи умерло 36,
болѣе же мѣсяца жили » » » 41, при этомъ только въ 5 случаяхъ смерть послѣдовала отъ перитонита, что составляетъ 6,5%.

Напротивъ того послѣ гастростоміи, сдѣланной въ одинъ пріемъ при соблюденіи правилъ антисептики, умерло въ первые 10 дней 31.

до 20 дней 8.

» 30 » 3.

А всего въ первый мѣсяцъ умерло 42, болѣе же мѣсяца жили только 3. Изъ этихъ 45 случаевъ въ 5 смерть произошла отъ перитонита, что составляетъ 11% [3]).

---

[1]) Revue de chirurgie № 11, 1884, p. 904.

[2]) Тамъ-же, p. 905.

[3]) Въ эту статистику не вошли 25 гастростомій, произведенныхъ въ до—антисептическое время и 34 случая, гдѣ не указанъ способъ операціи.

Такимъ образомъ очевидно, что слѣдуетъ производить гастростомію въ два пріема. Здѣсь необходимо замѣтить, что лучшіе результаты двухмоментной гастростоміи зависятъ еще отъ того, что общее состояніе оперированныхъ больныхъ было еще сносное, здѣсь не было настоятельной необходимости тотчасъ же послѣ операціи накормить больнаго и вскрытіе желудка можно было на нѣкоторое время отложить. Но къ несчастію встрѣчаются случаи, гдѣ по необходимости хирургъ вынужденъ дѣлать операцію въ одинъ пріемъ, причемъ результаты этого способа операціи не всегда безуспѣшны, какъ это показываютъ два нашихъ случая,—№№ 175 и 181 таблицы. Здѣсь, по нашему мнѣнію, огромное значеніе имѣетъ способъ образованія фистулы. Въ нашей клиникѣ съ 1883-го года вскрытіе желудка всегда производилось тонкимъ троакаромъ, которымъ осторожно прокалывалась вшитая часть передней стѣнки желудка, послѣ чего стилетъ удалялся; затѣмъ, послѣ удостовѣренія реактивной бумажкой, что трубочка троакара находится въ полости желудка, чрезъ нее вводится серебряный пуговчатый зондъ, въ ушко котораго вдѣта шелковая лигатура, послѣ чего трубочка троакара удалялась, а по зонду въ желудокъ вводилась соотвѣтственнаго калибра тонкая дренажная трубка безъ оконцевъ, чрезъ которую больной кормился профильтрованной чрезъ мягкую марлю смѣсью изъ молока, бульона, взбитыхъ яицъ и вина. Послѣ кормленія больнаго дренажная трубка хорошо закупоривалась пробкой и укрѣилялась липкимъ пластыремъ на туловищѣ больнаго. Затѣмъ на рану накладывалась слегка давящая антисептическая повязка, а *per rectum* вводилось 10 капель опійной настойки для уменьшенія перистальтики желудочно-кишечнаго канала. Вслѣдствіе такого способа вскрытія желудка ни въ одномъ изъ нашихъ случаевъ мы ни разу не наблюдали истеченія изъ фистулы содержимаго желудка; только въ одномъ случаѣ (см. ист. бол. № 30), послѣ выхода больнаго изъ клиники, вслѣдствіе неправильнаго ухода за фистулой, наблюдалось небольшое истеченіе содержимаго желудка, которое однако скоро было устранено.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда операція гастростомія производилась въ два пріема вскрытіе желудка производилось нами чрезъ 2—3 дня послѣ фиксаціи его; это время вполнѣ достаточное для образованія склеекъ между желудкомъ и брюшной стѣнкой.

Къ 10—12 дню послѣ перваго пріема операціи эти склейки дѣлались настолько прочными, что можно было снимать швы. Они удалялись обыкновенно не всѣ сразу, а постепенно: сначала удалялись поверхностные, а дня чрезъ два—глубокіе.

Кормленіе больныхъ чрезъ фистулу во всѣхъ нашихъ случаяхъ начиналось тотчасъ же послѣ вскрытія желудка. Пища вводилась сначала жидкая и въ маломъ количествѣ по нѣскольку разъ въ день, обыкновенно отъ 4 до 6 разъ. Впослѣдствіи, приблизительно чрезъ недѣлю послѣ образованія фистулы, каучуковая трубка мѣнялась на болѣе толстую и кормленіе производилось рѣже, но въ желудокъ вводились заразъ большія количества пищи, къ которой примѣшивали уже и твердыя вещества. Такимъ образомъ постепенно мы переходили къ кормленію твердой пищей. Когда рана зарубцуется, вмѣсто дренажной трубки въ желудочный свищъ вводилась въ родѣ трахеотомической трубки серебряная канюля, плотно закрывающаяся пробкой и удерживаемая эластической лентой вокругъ живота. Діаметръ канюли долженъ соотвѣтствовать діаметру фистулезнаго кольца, которое въ нашихъ случаяхъ обыкновенно

не превышало одного сантиметра въ поперечникѣ. Во время кормленія въ канюлю вставлялась загнутая въ нижнемъ концѣ металлическая съ воронкой трубка, чрезъ которую проходитъ не толстый эластическій стилетъ съ пуговкой на концѣ. Высота всего аппарата равняется уровню рукоятки грудины. Благодаря такому устройству аппарата, больной могъ разжевывать твердую пищу и вводить ее изъ рта въ трубку, по которой она проходила въ желудокъ. Если же пища задерживалась въ трубкѣ, тогда больной стилетомъ проталкивалъ ее. Жидкая пища прямо вливалась чрезъ трубку въ желудокъ. Послѣ каждаго пріема пищи, чтобы избѣжать просачиванія желудочнаго содержимаго, больной нѣкоторое время долженъ старательно избѣгать напряженія брюшнаго пресса. Но коль скоро оно явится, нужно чрезвычайно тщательно соблюдать чистоту вокругъ фистулы, вытирая шариками ваты, смоченными въ растворѣ соды и затѣмъ нужно смазывать іодоформной мазью и класть марлевые компрессы. Никогда не слѣдуетъ при просачиваніи содержимаго желудка вводить въ фистулу трубки или канюли бо́льшаго калибра, чѣмъ прежде, такъ какъ отъ этого хотя на первое время и прекращается просачиваніе, но чрезъ нѣсколько времени фистула растягивается и снова является просачиваніе, что составляетъ уже страшную непріятность. Всѣ хирурги въ настоящее время согласны въ томъ, что діаметръ желудочной фистулы не долженъ превышать 1,5 сант.

Послѣ того какъ устанавливалось правильное кормленіе чрезъ фистулу, наши больные обыкновенно чувствовали себя несравненно лучше, высматривали бодрѣе, прежнее мрачное состояніе духа проходило и вообще были вполнѣ довольны, что они получили возможность питаться и избавились отъ мучительнаго ощущенія голода. Одно только весьма часто безпокоило больныхъ,—это сухость во рту и жажда; нѣкоторые больные увѣряли, что они могли бы выпить цѣлое ведро воды. Такимъ больнымъ мы обыкновенно совѣтовали пить воду съ лимономъ или просто сосать лимонъ и кромѣ того держать во рту кусочки льда. Въ большинствѣ случаевъ эти средства облегчали больныхъ. При дальнѣйшемъ питаніи больныхъ получалось и объективное улучшеніе. Вѣсъ больныхъ понемногу начиналъ прибавляться и силы возстановлялись. Больной Михайловъ (№ 144 таблицы), передъ операціей почти умирающій отъ истощенія вслѣдствіе голода, чрезъ 48 дней послѣ гастростоміи прибавился въ вѣсѣ на 21 фунтъ, а Кириловъ (№ 169 таблицы) послѣ операціи настолько поправился, что, кромѣ домашней работы, онъ могъ торговать въ своей мясной лавкѣ. Меньшіе результаты, но вполнѣ удовлетворительные, получились въ случаяхъ 174, 175 и 181 таблицы, а въ случаяхъ 81, 91, 168 и 176 гастростомія не принесла желаема́го результата и больные погибли вскорѣ послѣ операціи.

Когда слѣдуетъ при раковомъ съуженіи пищевода приступать къ операціи?

Въ настоящее время, почти всѣ хирурги согласны въ томъ, что слѣдуетъ оперировать какъ можно раньше, во 1-хъ потому, что больные лучше выносятъ операцію; 2) можно хлороформировать; 3) можно свободно сдѣлать операцію въ два пріема; 4) отыскать желудокъ несравненно легче и наконецъ 5) статистика показываетъ, что во всѣхъ случаяхъ, гдѣ больные долго жили послѣ операціи, гастростомія сдѣлана была рано. Но съ другой стороны правильно-ли предлагать больному гастростомію, когда онъ еще свободно глотаетъ мягкую пищу и достаточно питается? Эта опе-

рація приноситъ больному только ту пользу, что дастъ ему возможность правильно питаться; зачѣмъ же подвергать больнаго риску раньше времени и заставлять его жить съ совершенно ему ненужной фистулой! Нѣкоторые хирурги хотятъ оправдать это тѣмъ, что питаніе чрезъ фистулу яко бы устраняетъ раздраженіе раковаго новообразованія пищевода во время глотанія пищи, чрезъ что ростъ его замедляется. Но къ несчастію гастростоміей не устраняется вполнѣ раздраженіе новообразованія. Больные принуждены постоянно глотать слюну, которая обильно отдѣляется и кромѣ того, имѣя возможность принимать пищу естественнымъ путемъ, невозможно заставить больнаго питаться исключительно чрезъ фистулу. Вслѣдствіе этого гастростомія должна быть примѣнена въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больной не можетъ болѣе питаться естественнымъ путемъ, когда жидкая пища начинаетъ плохо проходить и больной начинаетъ страдать отъ голода, а между тѣмъ зондированіе пищевода остается безъ пользы. Въ этихъ случаяхъ гастростомія даетъ возможность больнымъ правильно питаться и чрезъ это поддерживать свои силы. Но она мало вліяетъ на главную причину страданія больныхъ,—на новообразованіе пищевода и если ракъ пищевода на столько распространился, что явилось пораженіе сосѣднихъ органовъ, въ видѣ пневмоніи, плеврита, перикардита, медіастинита, пораженія блуждающихъ и возвратныхъ нервовъ и т. д., то въ этихъ случаяхъ гастростомія не только не приноситъ пользы, но напротивъ, она наноситъ какъ бы послѣдній ударъ и больные быстро погибаютъ.

Работа произведена по плану и подъ руководствомъ моего учителя, покойнаго *Профессора Сергѣя Петровича Коломнина*, которому кромѣ того я всецѣло обязанъ моимъ хирургическимъ образованіемъ.

Затѣмъ пользуюсь случаемъ высказать мою искренюю благодарность прозектору *Александру Ивановичу Таренецкому* какъ за совѣты и указанія при составленіи настоящей работы, такъ и за то руководство, которымъ я пользовался при изученіи хирургической анатоміи.

Исторіи болѣзней нашихъ стаціонарныхъ и амбуляторныхъ больныхъ.

А) *Раковыя съуженія верхней трети пищевода. Стаціонарные больные.*

1) Больной, мѣщанинъ *Иванъ Алексѣевъ*, конторщикъ, 36 лѣтъ; поступилъ въ клинику 6-го февраля, 1885 года.

Anamnesis. До своей болѣзни больной былъ полный и здоровый. Со стороны наслѣдственности ничего особеннаго нѣтъ. Лѣтъ 8—10 тому назадъ имѣлъ острый сочленовный ревматизмъ съ опуханіемъ большихъ составовъ, потомъ нѣсколько разъ онъ повторялся, но съ менѣе острыми явленіями. Съ малолѣтства занимается по конторамъ и очень много куритъ. Спиртныхъ напитковъ никогда не пилъ. Часто страдалъ кашлемъ. Больной холостъ; 4 года тому назадъ имѣлъ уретритъ. Сифилиса не было. Въ іюлѣ мѣсяцѣ 1884 года въ первый разъ почувствовалъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи, это затрудненіе постепенно увеличивалось и вмѣстѣ съ этимъ появились боли въ груди и особенно въ

спинѣ между лопатками. Въ сентябрѣ больной былъ уже не въ состояніи глотать твердую пищу и сталъ питаться жидкой и мягкой пищей. Съ мѣсяцъ тому назадъ больной пересталъ глотать и мягкую пищу и съ этого времени сталъ быстро худѣть и падать силами. 4 дня тому назадъ и жидкую пищу больной сталъ глотать съ большимъ затрудненіемъ, а вчера могъ проглотить только одинъ стаканъ чаю, но сегодня ничего не можетъ глотать. За послѣднія 2—3 недѣли у больнаго голосъ сдѣлался хриплымъ; эта хрипота голоса продолжается до сихъ поръ. За послѣднее время такъ сильно ослабѣлъ, что не можетъ ходить, чувствуетъ колотье въ ушахъ точно иголками, въ глазахъ темнѣетъ и т. д. За послѣднее время нѣсколько разъ было кровохарканіе и всегда въ небольшомъ количествѣ. Лечился въ клиникѣ проф. Пелехина, гдѣ ему въ продолженіи 5 мѣсяцевъ 2 раза въ недѣлю вводили въ пищеводъ зондъ, послѣ чего каждый разъ больной глоталъ пищу гораздо лучше, но за послѣднее время катетеризація больше не приноситъ пользы. Болѣе всего больнаго мучаетъ жажда, хотя и желалъ бы ѣсть.

Status praesens. Больной средняго роста и тѣлосложенія, крайне истощенный. Костная система нормальна. Животъ такъ сильно втянутъ, что очень ясно издали видно біеніе аорты. Грудные и брюшные органы ничего особеннаго не представляютъ. Тоны сердца слабы, но чисты. Пульсъ=76, слабый и легко сжимаемый. Дыханій=15. Вѣсъ=41,330 gm. При осмотрѣ шеи лѣвый боковой треугольникъ нѣсколько полнѣе; между дыхательной трубкой и лѣвой ключично-сосковой мышцей въ глубинѣ неясно ощупывается опухоль, продолжающаяся въ задній грудной промежутокъ. Нижняя часть дыхательной трубки лежитъ нѣсколько поверхностно. Diagnosis—cancer oesophagi.

7/II t—утр. 37,8; вечер. 36,8. Жидкую пищу больной глотаетъ малыми количествами, нѣсколько разъ дѣлаетъ глотательныя движенія, послѣ чего наступаетъ кашель и больной выплевываетъ мокроту, смѣшаную съ пищей, но приблизительно половина взятой порціи проходитъ.

8.—t. утр.=37. Пульсъ=70; дыханій 16. Въ три часа пополудни безъ хлороформа мною произведена transfusio sanguinis in arteriam radialem sinistram въ количествѣ 400 к. с. дефибринированной крови. Во время переливанія больной жаловался на жженіе въ пальцахъ, а потомъ на одышку. Кисть конечности немного посинѣла и отекла, но скоро отъ массажа и теплыхъ пузырей все это прошло. До операціи больной ничего не могъ глотать, послѣ же проглотилъ съ большимъ трудомъ немного бульона, молока и чаю. Клистиры Leube ℔j ℥ IV за сутки. Мочи 400 к. с., нормальная. Черезъ 3 часа послѣ операціи у больнаго сдѣлался знобъ, головная боль и одышка. Т. тѣла=39. Пульсъ=76.

9.—Въ 1 часъ ночи больной сталъ лучше себя чувствовать и къ утру заснулъ. Утр. t.=36,3; P.=76; R.=32. Легкое иктерическое окрашиваніе кожи. Мочи 180 к. с. темнобураго цвѣта, уд. в.=1019, содержитъ много бѣлка; подъ микроскопомъ видны распавшіеся форменные элементы крови и небольшое количество эпителіальныхъ клѣтокъ. Въ легкихъ небольшое количество влажныхъ хриповъ. Тоны сердца слабы и глухи. Жалуется на одышку и жажду. Глотать совершенно не можетъ. Клистиры Leube и также вводили воду.

10.—Ночь провелъ удовлетворительно. Т. in recto=36,5. Общее состояніе лучше. Въ легкихъ всюду влажные хрипы. P.=60; R.=22. Мочиться не можетъ; катетеромъ выпущено 155 к. с. мочи, рѣзко кислой реакціи, уд. в.=1020; бѣлка меньше; имѣетъ видъ насыщенной нормальной мочи.

11.—Больной апатиченъ; жалуется на общую слабость, но особенно на жажду и сухость во рту, голодъ же мало мучаетъ. За сутки per rectum введено ℥X смѣси Leube и ℔j воды; суточное количество мочи=235 к. с., рѣзко кислой реакціи, уд. в.=1017; очень много бѣлка. Желтушное окрашиваніе кожи почти прошло; t. утр. in recto=35,6; P.=56; R.=24. Пульсъ чрезвычайно слабый. Въ легкихъ всюду влажные хрипы. Почти ничего не глотаетъ. При попыткахъ къ глотанію является сильный кашель и все выбрасывается съ мокротой. Вечеромъ t. in recto=35,8.

12.—In recto t.=35,6. Ночь провелъ плохо. Глотать ничего не можетъ. Введено смѣси Leube ℥XIV и ℔j теплой воды. Пульсъ 60, очень слабый. R.=24. Жалуется на жажду

и сухость во рту. Катетеромъ выпущено 55 к. с. сильно насыщеной мочи. t. вечер. in recto=35,4.

13.—Ночь провелъ въ полузабытьѣ. Больной постоянно говоритъ о водѣ, его ужасно мучаетъ жажда. За сутки введено смѣси Leube ℥XIV и теплой воды ℔j. T. утр. in recto=34,9. Въ 8 часовъ утра была дефекація и больной помочился въ стульчакъ, такъ что количество мочи точно неизвѣстно, но оно незначительно. Въ 10 часовъ утра больной вдругъ сталъ сильно безпокоиться и метаться. P.=96 in art. brachial. (въ лучевой нельзя сосчитать), чрезвычайно слабый. R.=28, глубокіе и тяжелые. Больной впалъ въ безсознательное состояніе и на вопросы не отвѣчалъ. Несмотря на подкожное впрыскиваніе эфира и мускуса, сердечная дѣятельность быстро падала и черезъ 3/4 часа больной умеръ.

Autopsia. Оба легкихъ при верхушкахъ срощены старыми ложными перепонками; ткань ихъ проходима для воздуха; заднія доли отечны, молокровны. Pericardium viscerale представляетъ легкое помутненіе. Правая половина сердца слегка растянута, мускулатура вяла; ни въ клапанахъ и на intimae измѣненій нѣтъ. Печень нормальной величины. При разрѣзѣ ткань ея бураго цвѣта; изъ вѣтвей v. portae вытекаетъ жидкая, темная кровь. Капсула почекъ снимается легко, корковый слой блѣденъ. Мальпиліевы пирамидки отличаются аспиднымъ окрашиваніемъ; изъ сосудовъ при разрѣзѣ вытекаетъ жидкая темная кровь. Селезенка нормальной величины; pulpa ея вишневаго цвѣта; трабекулы развиты значительно. Вены брыжжейки расширены; просвѣтъ кишекъ, особенно тонкихъ съуженъ; слизистая оболочка по складкамъ гиперемирована. Въ толстыхъ кишкахъ ничего особеннаго не найдено. Щитовидная железа увеличена въ объемѣ и при разрѣзѣ представляетъ коллоидное перерожденіе. Желудокъ малъ, слизистая его оболочка по мѣстамъ имѣетъ точечные экстравазаты. На спиртовомъ препаратѣ стѣнки пищевода по всей своей окружности отъ самаго начала, на протяженіи 9 сант., представляются сильно утолщенными, твердыми, съуживающими просвѣтъ канала на столько, что съ трудомъ проходитъ желобоватый зондъ. Съ внутренней стороны представляется опоясывающая язва съ отвороченными легко бугристыми плотными краями, у нижняго края которой находится отверстіе въ дыхательное горло, пропускающее гусиное перо. Инфильтрированная часть пищевода была крѣпко сращена съ тѣлами первыхъ пяти грудныхъ позвонковъ. Правый возвратный нервъ теряется въ массѣ опухоли, а лѣвый плотно прирощенъ къ стѣнкѣ пораженной части пищевода, такъ что весьма трудно отсепаровывается. Остальные органы не представляютъ измѣненій. Подъ микроскопомъ среди обильнаго соединительно тканнаго остова видны эпителіальныя гнѣзда разнообразной формы, состоящія изъ плоскихъ клѣтокъ, которыя частью расположены неправильно, а большею частью образуютъ ороговѣвшія жемчужины, состоящія изъ прозрачныхъ пластинокъ наслоенныхъ концентрически. Въ соединительно-тканномъ остовѣ мѣстами видна инфильтрація грануляціонными клѣтками.— Плоско-эпителіальный ракъ.

2) Больной отставной рядовой *Янкель Каинъ*, 59 лѣтъ отъ роду, еврей. Поступилъ въ клинику 23-го сентября 1885 года.

Anamnesis. Происходитъ изъ здоровой семьи; самъ всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ. Сифилиса не имѣлъ. Женатъ, однако дѣтей не было. Водки не пилъ; термическихъ или химическихъ раздраженій пищевыхъ путей не было. Злокачественныхъ новообразованій у родственниковъ не было. Серцебіеніями и одышкой прежде не страдалъ. Приблизительно 7 мѣсяцевъ тому назадъ у больнаго сдѣлался голосъ хриплымъ. Эта хриплость голоса сопровождалась постепенно усиливающимся затрудненіемъ дыханія. Почти одновременно съ этимъ появилось непріятное ощущеніе посторонняго тѣла въ пищеводѣ на уровнѣ jiguli sterni, а черезъ нѣкоторое время затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Вскорѣ послѣ начала болѣзни больной поступилъ въ Николаевскій госпиталь, но черезъ 5 недѣль выписался, не получивъ облегченія. По выходѣ изъ госпиталя, около 5 мѣсяцевъ тому назадъ, больной въ первый разъ подавился пищею. Слѣдовавшіе за симъ припадки, вѣроятно, сопровождались затрудненіемъ дыханія, такъ какъ больной потерялъ сознаніе, а врачи прибѣгали къ вдыханію кислорода впродолженіи двухъ часовъ,

*

пока больной не пришелъ въ себя. $3^1/_2$ мѣсяца тому назадъ больной снова подавился и въ этотъ разъ кусокъ пищи былъ протолкнутъ зондомъ. Съ этихъ поръ больной сталъ употреблять только жидкую и кашицеобразную пищу, потому что твердая не проходила. При поступленіи въ клинику больной жаловался на затрудненіе при глотаніи пищи, кашель, общую слабость, а болѣе всего на безсонницу. Кромѣ того существуютъ боли въ спинѣ и особенно между лопатками.

Status praesens. Больной въ высокой степени истощенъ; съ постели поднимается, но ходитъ съ большимъ трудомъ. Говоритъ съ одышкой; голосъ хриплый, прерывающійся и вмѣстѣ съ тѣмъ крикливый. t^0. тѣла нормальна, пульсъ слабый, одновременный въ обѣихъ лучевыхъ артеріяхъ и безъ перебоевъ. При перкусіи область сердечнаго притупленія немного увеличена въ длину. Перкуторный тонъ въ обоихъ легкихъ нормальный. При выслушиваніи тоны сердца чисты, но слабы на столько, что хорошо слышны только въ сидячемъ положеніи больнаго; шумовъ нѣтъ. Въ легкихъ везикулярное дыханіе; оно всюду заглушается ляринго—трахеальнымъ шумомъ. Сзади слышно небольшое количество влажныхъ хриповъ. При осмотрѣ шеи найдено незначительное выпячиваніе впередъ eminentiae laryngo—tracheales. Хрящи гортани и дыхательнаго горла ненормально тверды. Въ бороздкѣ между лѣвой грудино-сосковой мышцей и дыхательнымъ горломъ въ глубинѣ не ясно ощупывается плотный инфильтратъ, продолжающійся въ medistinum posticum. Лимфатическія железы всѣ нормальны, за исключеніемъ паховыхъ, гдѣ онѣ немного увеличены. Костная система не предстовляетъ ничего особеннаго. При осмотрѣ гортани зеркаломъ найденъ параличъ правой голосовой связки. При зондированіи на разстояніи 22 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ найдено непреодолимое препятствіе; зондъ не пульсируетъ. Больной кашляетъ три недѣли, во время кашля отходитъ большое количество слизисто-пѣнистой мокроты. Отправленія желудочно-кишечнаго канала правильны. Моча свѣтлая безъ осадковъ. Такъ какъ больной по преимуществу питается жидкой пищей, то регургитаціи почти не бываетъ. Diagnosis-cancer oesophagi.

27.—Больной жалуется на сильный кашель, который не даетъ ему спать. При выслушиваніи найдены разсѣянные влажные и свистящіе хрипы въ обоихъ легкихъ. Вдыханіе закиси азота и morphium.

28.—t^0 тѣла къ вечеру поднялась до 38,8. Количество хриповъ больше. Глотаніе хуже; жалуется на голодъ и кашель.

1-го октября. Пища по словамъ больнаго почти не проходитъ. Слабость прогрессируетъ.

2—6.—Больной съ большимъ трудомъ и маленькими глотками выпиваетъ въ сутки около двухъ стакановъ молока. Въ легкихъ явленія тѣже.

7—10.—Кашель у больнаго мучительный, во время кашля является удушье настолько сильное, что развивается ціанозъ лица. Мокрота слизисто-гнойная съ дурнымъ запахомъ. Глотаетъ только жидкую пищу и въ небольшомъ количествѣ.

13.—Въ верхушкѣ лѣваго легкаго сзади дыханіе съ бронхіальнымъ оттѣнкомъ и слышны ronchi subcrepitantes; въ остальныхъ мѣстахъ тѣже явленія. Къ мокротѣ примѣшана въ небольшомъ количествѣ кровь. Силы больнаго чрезвычайно пали. Пульсъ 100, слабый, трудно прощупывается.

14.—Больной постепенно угасалъ и умеръ около 12 часовъ ночи.

Autopsia. Оба легкихъ сращены съ грудной клѣткой старыми ложными перепонками. Въ верхушкѣ лѣваго легкаго находятся узелки плотные, сѣро-аспиднаго цвѣта, величиною съ конопляное зерно; на переднемъ краѣ этого легкаго разсѣяны плотныя гнѣзда, величиною съ лѣсной орѣхъ, сѣраго и желтоватаго цвѣта. Такіе же гнѣзда, но въ большемъ количествѣ, найдены у основанія этого легкаго; кромѣ того въ глубинѣ найдена каверна, сообщающаяся съ расширеннымъ бронхомъ. Правое легкое объемисто; при разрѣзѣ найдены разсѣянные плотные узлы, краснаго и сѣраго цвѣта, величиною отъ горошины до орѣха; изъ разрѣза выдѣляется большое количество кровянистой жидкости. Сердце уменьшено въ объемѣ, по бороздамъ его жира нѣтъ. Стѣнки желудочковъ истончены, мускулатура коричневаго цвѣта: двухстворчатый клапанъ по свободному краю утолщенъ.

Клапаны аорты безъ измѣненій. Pericardium нормально. Печень бураго цвѣта, плотна. Остальные органы не представляютъ особенныхъ измѣненій. На спиртовомъ препаратѣ, въ начальной части пищевода находится опоясывающая язва съ отвороченными бугристыми, плотными краями, направляющаяся косо сверху и справа внизъ и влѣво; дно язвы также бугристо и твердо. Стѣнка пищевода на мѣстѣ и вблизи язвы значительно утолщена и неподатлива. Вслѣдствіе косаго направленія изъязвленнаго раковаго инфильтрата, пищеводъ отъ самаго начала постепенно воронкообразно съуживается и на 5, 5 сант. ниже у лѣваго края его представляется значительное съуженіе, пропускающее только желобоватый зондъ. Вверху язва переходитъ въ полость съ изрытыми неправильно бугристыми плотными краями, помѣщающуюся позади и снаружи большихъ сосудовъ шеи съ правой стороны и распространяющуюся отъ перстневиднаго хряща до дуги аорты, правые carotis communis и v. jugularis сращены съ опухолью. Правый блуждающій нервъ плотно приросъ къ стѣнкѣ этой полости. Правый возвратный нервъ входитъ въ стѣнку полости и теряется тамъ. Лѣвый блуждающій нервъ не представляетъ измѣненій, но лѣвый возвратный нервъ плотно приросъ къ стѣнкѣ опухоли и весьма трудно отсепаровывается. На задней стѣнкѣ дыхательной трубки, на 4 сант. ниже перстневиднаго хряща, находится конусообразная, сидящая на широкомъ основаніи, опухоль величиною въ лѣсной орѣхъ, вдающаяся въ просвѣтъ трубки. Въ остальномъ пищеводъ не представляетъ измѣненій. Вдоль пищевода найдено нѣсколько увеличенныхъ лимфатическихъ железъ. Остальные органы не представляютъ измѣненій. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдены большія гнѣзда, состоящія изъ плоскихъ эпителіальныхъ клѣтокъ, которыя частью расположены неправильно, а частью вслѣдствіе концентрическихъ наслоеній. образуютъ различной формы тѣла, такъ называемыя жемчужины. Клѣтки разнообразной формы и величины, съ зернистой протоплазмой и однимъ, хорошо окрашенымъ, ядромъ. Эпителіальныя гнѣзда частью расположены въ скудномъ соединительно-тканномъ оставѣ, частью же среди пучковъ мышечной ткани. Плоско-эпителіальный ракъ.

3) Больной крестьянинъ, *Василій Киселевъ*, прибылъ на амбуляторію въ Академическую хирургическую клинику 1-го ноября 1883 года, жалуясь на затрудненіе при глотаніи пищи. При разспросѣ оказалось слѣдующее: ему 39 лѣтъ отъ роду, по занятію баньщикъ, сифилиса не было, potator. Шесть мѣсяцевъ тому назадъ въ первый разъ почувствовалъ затрудненіе при глотаніи пищи, 5 мѣсяцевъ какъ пересталъ проглатывать твердую пищу и питается только жидкой. При объективномъ изслѣдованіи оказалось, что больной весьма исхудалъ; внутренніе органы здоровы. Тоны сердца ясны, пульсъ полный и достаточно твердый. При введеніи зонда въ пищеводъ самая малая олива (7—8 mm. въ поперечникѣ) останавливается на разстояніи 19 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ. Изслѣдованіе лярингоскопомъ ничего не дало; всѣ части гортани нормальны, фонація совершенно чистая. Пластическая анатомія передней части шеи представляетъ измѣненіе въ томъ, что влѣво отъ дыхательнаго горла части ея представляются нѣсколько полнѣе; trachea лежитъ поверхностнѣе. При сильномъ наклоненіи головы, слѣва отъ дыхательнаго горла пальцемъ неясно ощупывается опухоль, непосредственно продолжающаяся in mediastinum posticum. Больному сказано явиться въ клинику черезъ три дня, но онъ пришелъ 2-го марта 1884 года, т. е. черезъ 4 мѣсяца и оставленъ въ клиникѣ. Изъ разспросовъ оказалось, что затрудненіе глотанія пищи постепенно усиливалось, твердую пищу ни разу не могъ проглатывать; $1^1/_2$ мѣсяца тому назадъ больной замѣтилъ легкую сипоту голоса и съ мѣсяцъ какъ совершенно потерялъ голосъ. Съ 27-го февраля лишился возможности глотать даже воду. За послѣдніе дни больной чрезвычайно ослабѣлъ. Объективное изслѣдованіе показало чрезвычайное исхуданіе больнаго. Перкуссія и аускультація, кромѣ сухихъ хриповъ въ легкихъ, ничего не даютъ. Тоны сердца нѣсколько глуховаты, пульсъ малый и мягкій; артеріосклероза нѣтъ. Изслѣдованіе органовъ шеи показываетъ, что вся eminentia laryngo-trachealis выдается впередъ, нижняя шейная часть дыхательнаго горла тоже лежитъ поверхностно. Подъязычная кость, гортань и хрящи tracheae тверды на ощупь и подвижны. Щитовидная железа нормальна. Общія сонныя артеріи прощупыва-

ются хорошо у наружныхъ краевъ мм. грудино-ключично-сосковыхъ. Поперечные отростки шейныхъ позвонковъ въ верхнихъ двухъ третяхъ прощупываются хорошо, а въ нижней только справа, слѣва же прощупываются неясно. Слѣва отъ дыхательнаго горла не ясно прощупывается опухоль, простирающаяся непосредственно in mediastinum posticum. Ляринroскопическое изслѣдованіе открываетъ общій отекъ гортани, всего значительнѣе выраженный на cartilagines arythenoidei. Голосовыя связки красны, отечны, подвижны; на epiglottis расширенныя вены. У больнаго полная афонія. При изслѣдованіи пищевода зондомъ, на разстояніи 18—19 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ, малая олива встрѣчаетъ непреодолимое препятствіе; на оливѣ остается нѣсколько жилокъ крови. Вѣсъ тѣла больнаго=39,800 gramm. Больной очень слабъ, 5 сутокъ не можетъ глотать жидкую пищу и даже воду.

3-го марта. Вѣсъ 39,100 gramm. Мочи за сутки 1000 куб. с., нормальная. Назначены per rectum клистиры Лейбе, 7 разъ въ день по 2 унца на разъ и небольшія количества тепловатой воды.

4-го марта. Въ 11$^{1}/_{2}$ часовъ утра проф. С. П. Коломнинъ сдѣлалъ больному гастростомію со всѣми антисептическими предосторожностями, безъ хлороформа. Операція сдѣлана по обыкновенному клиническому способу. Желудокъ вшитъ 13 швами изъ серебряной проволоки. Послѣ операціи желудокъ былъ вскрытъ тонкимъ троакаромъ и черезъ трубочку троакара шприцемъ введена была въ желудокъ смѣсь изъ 1 стакана молока, 1 стакана бульона, 3 яичныхъ желтковъ и 2 рюмокъ вина (марсалы). Больной послѣ этого сталъ чувствовать себя гораздо лучше. Наложена антисептическая повязка. Вечеромъ температура=36,1, пульсъ=60. Больному введено per rectum 5 клизмъ Лейбе по 1$^{1}/_{2}$ унца. За день количество мочи=150 куб. с. кислой реакціи, бѣлка нѣтъ.

5-го марта. Температура утр.=36,3; веч.=36,9; пульсъ=88. Дыханіе, до этого съ незначительнымъ запахомъ, сдѣлалось зловоннымъ; при выслушиваніи въ легкихъ найдены сухіе и влажные хрипы, мокрота гнойная и зловонная. Явилась легкая апатія и сонливость. За день введено in recto 5 клизмъ Лейбе по 1$^{1}/_{2}$ унца каждая. Въ 7 часовъ вечера повязка снята, рана не представляетъ ничего особеннаго, боли нѣтъ; желудокъ вскрытъ настолько, чтобъ ввести средней толщины дренажъ, при этомъ въ желудокъ введено 200 куб. с. молока, столько же бульона, 4 яйца и вина ℥j. Суточное количество мочи =780 к. с., кислой реакціи, безъ бѣлка. Въ 11 часовъ ночи пульсъ=110, малый, упадокъ силъ довольно значительный. Подъ кожу впрыснутъ мускусъ и эфиръ.

6-го марта. Реакція раны слабая съ незначительной болью въ окружности. Температура утр.=37,0, веч.=37,8; пульсъ утромъ=115, слабый. Дых. 34, зловонное. Больной апатиченъ и сонливъ. За день 4 раза вводилась въ желудокъ смѣсь изъ молока, бульона, взбитыхъ яицъ, мяснаго сока, пептонъ-бульона, и вина; подъ кожу нѣсколько разъ впрыскивали мускусъ и эфиръ. Вечеромъ P.=140; R.=40—44. Было одно обильное испражненіе, зловонными, жидкими, коричневаго цвѣта массами.

7-го марта. Больной въ томъ же плохомъ состояніи. Температура утр.=36,6; пульсъ =136; дыханіе=40. То же кормленіе и впрыскиваніе возбуждающихъ подъ кожу. Два раза была дефекація зловонными, жидкими массами. Въ легкихъ хриповъ больше; мокрота гнойная и зловонная. Суточное количество мочи=800 куб. с., кислой реакціи, слѣды бѣлка. Вечеромъ пульсъ=150, едва считаемый въ лучевой артеріи, дыханіе=54, чрезвычайно поверхностное; въ легкихъ явились клокочущіе хрипы и больной скончался въ 11 часовъ вечера.

Аутопсія. Трупъ значительно истощенный. Jn regione epigastr. на нѣсколько сантиметровъ влѣво отъ средней линіи находится рана, идущая въ косвенномъ направленіи снутри кнаружи, параллельно лѣвому реберному краю, въ разстояніи 2—3-хъ сант. отъ него; рана, длиною до 6 сант., проникаетъ всю толщу брюшной стѣнки и въ нее вшитъ желудокъ 13-ю швами изъ серебряной проволоки, а въ углахъ раны по одному шву изъ шолковой нити, такъ что желудокъ плотно замыкаетъ рану; въ серединѣ ея вставлена дренажная трубка средняго размѣра, заткнутая пробкой и прикрѣпленная къ кожѣ шел-

ковыми нитями при помощи полосокъ липкаго пластыря; дренажъ ведетъ въ полость желудка. Легкія при верхушкѣ сращены съ грудной клѣткой ложными перепонками на ограниченномъ пространствѣ; они объемисты. Ткань праваго легкаго пронизана сѣрыми и творожистыми гнѣздами въ верхней и средней доляхъ, въ переднемъ отдѣлѣ амфизематозна. Нижняя доля лѣваго легкаго содержитъ въ своей ткани также творожистыя гнѣзда, но въ меньшемъ количествѣ; промежуточная ткань между ними очечна и гиперемирована. Сердце въ состояніи систолы; лѣзый желудочекъ сжатъ. Въ полости праваго желудочка значительное количество отчасти обезцвѣченныхъ, отчасти окрашенныхъ сгустковъ фибрина. Двустворчатая заслонка представляетъ по краямъ мозолистыя утолщенія, chordae tendineae утолщены, мозолисты; мускулатура сѣраго цвѣта. Соотвѣтственно вышеописанной ранѣ на брюшной стѣнкѣ in regione epigastrii паріэтальный листокъ брюшины представляется сросшимся съ выходною частью желудка, которая вшита въ рану и представляетъ отверстіе, въ которое вставлена дренажная трубка. Полость желудка вообще мала; слизистая оболочка его представляетъ складки, умѣренно инъецированныя и покрытыя небольшимъ количествомъ слизи. Брюшина чистая, сухая, блѣдная; въ сальникѣ вены слегка наполнены. Печень небольшаго объема; ткань ея въ разрѣзѣ мускатна. Селезенка небольшаго объема, темно-вишневаго цвѣта, трабекулы ясно выражены, pulpa рыхла. Брыжжеечныя железы увеличены. Почки, кромѣ малокровія, не представляютъ ничего особенная. Слизистая оболочка кишекъ розоваго цвѣта и покрыта небольшимъ количествомъ слизи. Остальные органы представляли обыкновенныя измѣненія, свойственныя хроническому голоданію и септицеміи. Пищеводъ на спиртномъ препаратѣ представляетъ слѣдующія измѣненія: отъ самаго начала его внизъ на протяженіи 7 сант. находится раковый изъязвленный инфильтратъ, по срединѣ котораго отверстіе въ $2^1/_2$ сант. длины и 2 сант. ширины, сообщающее пищеводъ съ дыхательнымъ горломъ. При началѣ раковой язвы у начала пищевода находится клапанообразное раковое съуженіе, позволяющее проходить пищѣ и съуживающее просвѣтъ пищевода до одного сантиметра; въ концѣ раковой язвы, около 5 сант. отъ начала пищевода, находится другое съуженіе, закрывающее просвѣтъ пищевода почти до полной непроходимости. Въ остальныхъ частяхъ пищеводъ не представляетъ ничего особеннаго. При микроскопическомъ изслѣдованіи было обнаружено большое количество эпителіальныхъ гнѣздъ, въ видѣ болѣе или менѣе длинныхъ цилиндровъ съ многочисленными отростками, расположенными во внутреннихъ слояхъ въ скудно соединительно-тканномъ остовѣ, а въ периферическихъ они находятся между мышечными пучками. Эпителіальныя клѣтки представляются уплощенными, овальной или болѣе вытянутой формы, съ однимъ большимъ ядромъ, интенсивно окрашеннымъ гнилымъ амміачнымъ карминомъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видно, что клѣтки имѣютъ наклонность образовать концентрическія наслоенія, но вполнѣ образованныхъ жемчужинъ не найдено.—Плоско-эпителіальный ракъ.

4. Больная мѣщанка *Анастасія Павлова*, 47 лѣтъ отъ роду, баньщица. Поступила въ клинику 9-го декабря 1885 года.

Anamnesis.—Больная всегда была здорова. Была замужемъ; въ теченіи первой беременности былъ выкидышъ, но впослѣдствіи она имѣла 10 дѣтей, изъ которыхъ 8 умерло отъ кори и скарлатины. Мужъ больной умеръ отъ чахотки. Сифилиса не имѣла. Водку пила умѣренно. Со стороны наслѣдственности ничего не найдено. Ожоги пищевыхъ путей не было. Три мѣсяца тому назадъ, въ концѣ августа, больная, будучи потной, выпила 2 стакана холоднаго пива, послѣ чего почти сразу потеряла голосъ, а съ конца сентября къ этому припадку присоединилось затрудненіе при глотаніи твердой пищи, это затрудненіе сначала являлось временами, потомъ мало по малу и постоянно усиливаясь, дошло до того, что больная совершенно не могла принимать твердой пищи и начала питаться жидкой и полужидкой пищей. При прохожденіи пищи по пищеводу и спустя нѣкоторое время послѣ этого, больная ощущала боли въ подложечной области, въ видѣ схватокъ. Въ настоящее время эти боли являются и помимо пріема пищи. Три недѣли тому назадъ больная отхаркивала небольшое количество мокроты съ полосками крови. Вмѣстѣ съ этимъ явились припадки затрудненнаго дыханія, а 5 дней тому назадъ ночью больная вдругъ

проснулась вслѣдствіе невозможности дышать и отъ сильныхъ болей въ груди, но это скоро прошло. — До болѣзни больная страдала запорами, причемъ испражненій не было дня по 2—3, но въ послѣдніе два мѣсяца запоры усилились и продолжались по 6—7 дней. Страдаетъ геморроемъ.—Лечилась въ общинѣ св. Георгія, гдѣ ей въ сентябрѣ мѣсяцѣ давались втиранія, повидимому, сѣрой ртутной мази и внутрь іодистый калій, котораго она приняла 3 бутылки. Ни малѣйшаго улучшенія не получила. Недѣлю тому назадъ больной въ здѣшней клиникѣ вводили зондъ съ оливами, послѣ чего глотаніе на нѣкоторое время сдѣлалось гораздо лучше.

Status praesens. Больная крѣпкаго тѣлосложенія и умѣреннаго питанія. Костная система не представляетъ ничего особеннаго, за исключеніемъ незначительныхъ экзостозовъ на ключицахъ и большихъ берцовыхъ костяхъ. Голосъ у больной хриплый. При разговорѣ и движеніи является одышка При осмотрѣ шеи щитовидная железа найдена увеличенной; она мягка при ощупываніи и немного болѣзнена въ средней и правой частяхъ. Въ бороздкѣ между лѣвой грудино-сосковой мышцей и дыхательнымъ горломъ неясно ощупывается болѣзненная припухлость; нижняя граница этой припухлости не ощупывается, Лимфатическія железы подчелюстной области увеличены въ объемѣ и болѣзненны, особенно справа. При осмотрѣ гортани зеркаломъ найденъ параличъ правой голосовой связки. При перкуссіи въ верхней части праваго легкаго замѣтно притупленіе тона. Дыханіе въ правомъ легкомъ спереди ослаблено, а сзади вверху слышно бронхіальное дыханіе съ амфорическимъ оттѣнкомъ. Сердце нормально. При введеніи зонда въ пищеводъ проходитъ только самая малая олива; препятствіе встрѣчается на разстояніи 17 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ. Пульсъ=80; Дыханій 32. Температура нормальная.

10.—Сегодня во время лекціи пр. С. П. Коломнинъ предложилъ мнѣ сдѣлать больной верхнюю трахеотомію. Больной дано было небольшое количество хлороформа. Безъ всякихъ приключеній была вскрыта трахея, но когда я ввелъ въ дыхательное горло обыкновенную серебряную трахеотомическую трубку, больная вдругъ стала дѣлать страшныя усилія вздохнуть, но воздухъ не входилъ въ дыхательные пути; быстро развился ціанозъ и изъ раны потекла венозная кровь частью наружу, а частью въ трахею. Пр. Коломнинъ сію минуту подошелъ къ больной, вынулъ трахеотомическую трубку и ввелъ болѣе широкую, но асфиксія оставалась полная. Тогда онъ извлекъ и эту трубку и во время извлеченія усмотрѣнъ былъ въ трахеѣ какой-то кусочекъ ткани, который былъ извлеченъ. Этимъ временемъ производили высасываніе крови изъ дыхательнаго горла и искусственное дыханіе прерывистымъ токомъ. Послѣ этого профессоръ ввелъ въ трахею длинную серебряную трахеотомическую канюлю отъ аппарата Тренделенбурга, больная мало по малу стала дышать и явленія асфиксіи прошли; но канюля находилась въ трахеѣ такимъ образомъ, что щитокъ ея стоялъ ребромъ, а нижній внутренній конецъ ея явно упирался въ переднюю стѣнку трахеи, вслѣдствіе чего больная дышала свободно только при согнутой головѣ, но какъ только больную положили на кровать, гдѣ голова ея разогнулась и легла на подушку низко, то у больной снова явилась асфиксія, которая вслѣдствіе предпринятыхъ мѣръ сейчасъ же прошла.—Больная скоро успокоилась. P=104; R=40. t° тѣла вечер.=37,8. Кусочекъ ткани, вынутый изъ трахеи, замороженъ на столикѣ микротома Schanz'а; сдѣланные срѣзы, подкрашенные Alaun-Carmin'омъ, въ каплѣ глицерина подъ микроскопомъ показали, что эта ткань состоитъ изъ большаго количества эпителіальныхъ гнѣздъ, расположенныхъ въ видѣ болѣе или менѣе длинныхъ цилиндровъ съ многочисленными отростками, расположенныхъ въ скудномъ соединительно-тканномъ остовѣ. Эпителіальныя клѣтки представлялись уплощенными, нѣсколько вытянутыми, большими клѣтками, содержащими по одному большому ядру, интензивно окрашенному квасцовымъ карминомъ. На основаніи этой микроскопической картины признано, что въ данномъ случаѣ имѣется эпителіома начальной части пищевода, которая перешла за заднюю, перепончатую стѣнку дыхательной трубки и выпячивалась въ просвѣтъ трахеи въ видѣ нароста. Этотъ паростъ вмѣстѣ съ параличемъ праваго возвратнаго нерва, былъ причиной одышки. Во время же операціи асфиксія была вызвана тѣмъ, что введенная трахеотомическая трубка упиралась

своимъ внутреннимъ концомъ въ наростъ и этимъ совершенно запирала просвѣтъ дыхательной трубки. Часть этого нароста была сорвана трубочкой и извлечена пинцетомъ. Вслѣдствіе этого же нароста и канюля Тренделенбурга стояла неправильно въ трахеѣ. На слѣдующій день канюля Тренделенбурга была вынута и вставлена обыкновенная серебряная трахеотомическая трубка. Дальнѣйшее заживленіе раны не представляло ничего особеннаго. 17 декабря утромъ вдругъ открылось сильное кровотеченіе въ полости трахеи, которое скоро было остановлено аппаратомъ Тренделенбурга. Около 12 ч. дня. Проф. С. П. Коломнинъ расширилъ трахеотомическую рану, осмотрѣлъ и введеннымъ въ трахею пальцемъ ясно ощупалъ на задней стѣнкѣ опухоль, вдававшуюся въ просвѣтъ ея. Снова былъ введенъ аппаратъ Тренделенбурга. Къ вечеру кровотеченіе остановилось и на слѣдующій день въ трахею снова была вставлена обыкновенная широкая трахеотомическая трубка. Дальнѣйшее теченіе раны не представляетъ ничего особеннаго. Больная питается жидкой и полужидкой пищей. Глотаніе временами лучше, временами хуже. Катетеризація пищевода на нѣкоторое время облегчаетъ глотаніе. 17 января больная выписалась изъ клиники съ трахеотомической трубкой. Потомъ больная нѣсколько разъ являлась въ клинику, при осмотрѣ ничего особеннаго не замѣчалось. Но въ первыхъ числахъ марта больная стала лихорадить и скоро умерла при явленіяхъ гнилостной правосторонней плевро-пневмоніи. Вскрытія не было сдѣлано.

5) Больной и. д. псаломщика *Василій Орловъ*, 51 года, поступилъ въ клинику 6-го Апрѣля 1885 г.

Anamnesis.—Со стороны наслѣдственности ничего нѣтъ. Женатъ, семья здорова и самъ всегда былъ здоровъ. Порядочный potator. Настоящее заболѣваніе началось съ октября 1884 года неопредѣленными болями въ груди позади sternum. Въ февралѣ мѣсяцѣ больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи; послѣ этого пища временами проходила, а иногда останавливалась, по указанію больнаго, на уровнѣ средины sterni. Съ 15-то марта больной могъ глотать только очень небольшія каличества твердой пищи, тщательно разжевывая и обильно запивая, а за послѣднее время можетъ глотать только жидкую пищу. Возрастающее затрудненіе глотанія и привело больнаго въ клинику.

Status praesens.—Больной выше средняго роста, малокровный, истощенный. Указаній на сифилисъ не имѣется. При изслѣдованіи шеи ничего ненормальнаго не найдено. Лимф. железы не увеличены. Артеріи немного склерозированы. При перкуссіи и аускультаціи въ легкихъ ничего ненормальнаго не найдено. Сердце нормально, только тоны его нѣсколько акцентуированы. Брюшные органы тоже не представляютъ ничего особеннаго. При изслѣдованіи пищевода зондомъ на 16,5 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ найдено съуженіе, при этомъ двѣ меньшихъ оливы проходятъ съуженіе и при ихъ прохожденіи ощущаются два уступа, близко расположенные другъ къ другу. Diagnosis-cancer oesophagi. Вслѣдствіе катетеризаціи больной получилъ нѣкоторое улучшеніе глотанія и 10 апрѣля выписался изъ клиники.

6) Больной крестьянинъ *Алексѣй Безпаловъ*, 47 лѣтъ, поступилъ въ клинику 16-го ноября 1884 года.

Anamnesis.—Больной женатъ и домашніе его всѣ здоровы. Со стороны наслѣдственности ничего не имѣется. Раза 4 въ жизни болѣлъ какими-то лихорадочными болѣзнями. 30 лѣтъ назадъ имѣлъ уретритъ, который скоро прошелъ. Сифилиса не имѣлъ. Въ молодости умѣренно пилъ водку, но потомъ одно только пиво. Боленъ около 8 мѣсяцевъ. Въ мартѣ мѣсяцѣ 1884 года больной оцарапалъ булкой глотку и съ этого времени при глотаніи пищи сталъ замѣчать болѣзненность, а потомъ вскорѣ и затрудненіе при глотаніи твердой пищи, а черезъ мѣсяцъ сталъ питаться мягкой пищей. Около 4-хъ мѣсяцевъ тому назадъ въ жаркое время выпилъ кружку холоднаго пива и чрезъ 1/2 часа появилась сиплость голоса, которая постепенно ухудшалась, а временами доходила до полной афоніи. Около 3-хъ недѣль до поступленія въ клинику развилась значительная одышка, которая не позволяетъ больному спать въ лежачемъ положеніи. Въ настоящее время жидкую пищу глотаетъ совершенно свободно, но также можетъ немного проглотить и полужидкой.

Status praesens.—Больной средняго роста и сложенія, плохаго питанія; кожа вялая, блѣдная; слизистыя оболочки синеваты. Какихъ либо указаній на сифилисъ не найдено. Лѣвосторонняя вправимая мошоночная грыжа небольшой величины. Легкія слегка эмфизематозны и слышатся ronchi sonores въ небольшомъ количествѣ. Тоны сердца глуховаты. Печень немного увеличена и на $1^1/_2$ пальца выдается изъ-подъ реберъ. При изслѣдованіи пищевода зондомъ, самая малая олива останавливается на 22,5 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ Diagnosis-cancer oesophagi.

18.—Больной жалуется на боли при глотаніи пищи; эти боли особенно усиливаются при глотаніи горячей пищи. Одышка продолжается и не даетъ спать больному. 23 ноября больной выписался изъ клиники.

7) Больной *Владиміръ Бордовскій*, 58 лѣтъ, машинистъ на желѣзной дорогѣ. Поступилъ въ клинику 10 октября 1885 года.

Anamnesis.—Больной весьма умѣренно пилъ водку. Съ декабря 1882 года сталъ часто страдать воспаленіемъ глотки, которое всегда сопровождалось болѣзненностью при глотаніи. 30-го Мая настоящаго года вновь появилось стѣсненіе при глотаніи; больной обратился къ врачу, который нашелъ опухоль на шеѣ, но эта опухоль подъ вліяніемъ согрѣвающихъ компрессовъ скоро прошла и глотаніе сдѣлалось лучше. 15 августа снова сдѣлалось затрудненіе глотанія, хотя больной глоталъ и твердую и жидкую пищу; это затрудненіе глотанія постепенно усиливалось, такъ что съ 14 сентября больной вынужденъ былъ питаться исключительно жидкой пищей. Въ это время въ Александровской больницѣ больнаго зондировали; зондъ проходилъ, причемъ въ мокротѣ было немного крови. 5 и 6-го октября больной не могъ глотать и жидкой пищи. Въ настоящее время больной можетъ глотать только жидкую пищу,

Status praesens.—Больной средняго роста и питанія, хорошаго тѣлосложенія. При осмотрѣ найдено хроническое воспаленіе зѣва и глотки. Въ лѣвомъ боковомъ треугольникѣ шеи лимфатическія железы увеличены. При ощупываніи въ глубинѣ бороздки между лѣвой грудино-сосковой мышцей и дыхательнымъ горломъ найденъ твердый инфильтратъ, идущій въ задній грудной промежутокъ. Значительный артеріосклерозъ; тоны сердца чисты, но глухи. Въ правой надключичной ямкѣ выдыхъ, въ остальныхъ мѣстахъ всюду везикулярное дыханіе. При зондированіи малая олива останавливается на 15,5 сант. отъ зубнаго края. Diagnosis,—cancer oesophagi. Больному предложена гастростомія, но онъ не согласился и 13 октября выписался изъ клиники.

Амбуляторные больные:

8) Больная мѣщанка *Елизавета Индрикова*, 47 лѣтъ, дѣвица, была въ клиникѣ во время пріема амбуляторныхъ больныхъ 10 декабря 1885 года.

Больная прежде всегда была здорова; болѣе 20 лѣтъ умѣренно пьетъ водку и много куритъ. Сифилиса не было. Около 3-хъ мѣсяцевъ тому назадъ появилась боль въ шейной части пищевода при проглатываніи твердой или горячей пищи, но пища проходитъ. Ни рвоты, ни тошноты послѣ принятія пищи не бываетъ. При изслѣдованіи внутренніе органы здоровы. При зондированіи въ верхней части пищевода найдено съуженіе, чрезъ которое самая большая олива проходитъ съ насиліемъ; на оливѣ нѣсколько жилокъ крови. Diagnosis,—cancer oesophagi. Рекомендовано посѣщать клинику для зондированія, но больная больше не являлась.

9) Больной крестьянинъ *Эрастъ Басмановъ*, торговецъ, 53 лѣтъ, былъ въ клиникѣ во время пріема амбуляторныхъ больныхъ 25 февраля 1886 года.

Anamnesis.—Больной всегда былъ здоровъ, женатъ, семейные тоже здоровы. Прежде злоупотреблялъ спиртными напитками, но 6 лѣтъ уже какъ не пьетъ. Сифилиса не имѣлъ. Годъ тому назадъ больной поднялъ тяжесть и вскорѣ послѣ этого замѣтилъ затрудненіе глотанія твердой пищи. Это затрудненіе постепенно увеличивалось и дошло до того, что

больной въ настоящее время можетъ глотать только жидкую и кашицеобразную пищу. Съ развитіемъ затрудненія глотанія появились боли въ груди и запоры. Больной сталъ худѣть и ослабѣвать. Лѣтъ 10 тому назадъ послѣ поднятія тяжести у больнаго развилась лѣвосторонняя паховая вправимая грыжа; носитъ бандажъ.

Status praesens.—Больной средняго сложенія, довольно исхудалый. Органы дыханія нормальны. Тоны сердца нѣсколько глухи. Костная система не преставляетъ замѣтныхъ уклоненій отъ нормы. Указаній на сифилисъ нѣтъ. На шеѣ сонныя железы нѣсколько увеличены. При зондированіи пищевода встрѣчается препятствіе на 19 сант. отъ зубовъ, пропускающее съ нѣкоторымъ насиліемъ среднюю оливу. Diagnosis—cancer oesophagi.

10) Больной *Григорій Михайловъ*, чернорабочій, 48 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 4 апрѣля 1886 года.

Anamnesis.—Больной запойный пьяница, нѣсколько разъ напивался до delirium tremens. Сифилиса не было. Въ октябрѣ мѣсяцѣ 1885 года въ первый разъ замѣтилъ затрудненіе глотанія твердой пищи. Какъ на причину затрудненія больной указываетъ на ожогу пищевода горячею кашею. Это затрудненіе глотанія постепенно увеличивалось и дошло до того, что больной уже три недѣли какъ питается исключительно жидкой пищей, а въ послѣдніе дни и жидкости стали плохо проходить.

Status praesens.—Больной умѣреннаго тѣлосложенія, блѣдный, довольно истощенный. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ уклоненій отъ нормы не найдено. При зондированіи большая олива останавливается у самаго начала пищевода. Diagnosis,—cancer oesophagi.

B) Раковыя съуженія средней трети пищевода. Стаціонарные больные:

11) Больной отставной унтеръ-офицеръ *Алексѣй Ерофѣевъ*, 54 лѣтъ, поступилъ въ клинику 3 марта 1881 года.

Anamnesis.—Больной жалуется на очень затрудненное глотаніе, причемъ часто совершенно не проходитъ даже жидкая пища. Затрудненіе глотанія у него появилось 5 мѣсяцевъ тому назадъ; чрезъ два мѣсяца отъ начала заболѣванія больной уже совершенно не могъ глотать ни твердую, ни мягкую пищу и сталъ питаться исключительно жидкой, прохожденіе которой постепенно дѣлается все труднѣе и труднѣе, Вмѣстѣ съ этимъ сталъ быстро худѣть и слабѣть. Чрезъ 4 мѣсяца отъ начала заболѣванія, 30 января настоящаго года, больной поступилъ въ клинику пр. Манассеина, гдѣ находился до перевода сюда. По свѣдѣніямъ изъ клиники пр. Манассеина, больной все время могъ глотать только жидкую пищу, при этомъ въ нѣкоторые дни и жидкая пища совершенно не проходила въ желудокъ; при попыткахъ къ глотанію все извергалось обратно. При катетеризаціи пищевода зондъ ни разу не проходилъ въ желудокъ. Въ продолженіе мѣсяца больной потерялъ въ вѣсѣ= =5,800 gr. (При поступленіи въ клинику вѣсъ=43,750, а въ день выхода=37,950). Кромѣ того больнаго безпокоитъ кашель.

Status praesens.— Больной очень плохаго питанія, подкожнаго жирнаго слоя нѣтъ, мышцы тонки и вялы, facies Hippocratica, силы слабы, не можетъ долго ходить или подняться на лѣстницу безъ помощи. Физическое изслѣдованіе органовъ груди показало, что сердце нормально; въ легкихъ жесткое везикулярное дыханіе съ выдыхомъ; мѣстами слышны rhonchi sonores et sibilantes. Перкуторный тонъ легкихъ нормаленъ, только вдоль позвоночнаго столба, на уровнѣ 4—5 грудныхъ позвонковъ, замѣчается ясное притупленіе. Животъ сильно втянутъ, при перкуссіи всюду тимпаническій тонъ. Печень слегка выдается изъ-за края ложныхъ реберъ. Селезенка нормальна. Всѣ доступныя изслѣдованію артеріи сильно извилисты, тверды, легко прощупываются въ видѣ шнуровъ и даже видимы для глаза. При зондированіи пищевода на 27 сант. отъ зубовъ встрѣчается препятствіе, не пропускающее ни одной оливы. Больной глотаетъ молоко маленькими порціями и съ довольно продолжительными промежутками, но чрезъ нѣкоторое время оно понемногу выходитъ обратно, не свернувшись. При введеніи въ пищеводъ желудочнаго эластичнаго зонда чрезъ него

вытекло около стакана неизмѣненнаго молока. Diagnosis—cancer oesophagi. Леченіе: cathéterisme appuyé, питательные клистиры и жидкая пища (молоко, бульонъ, пептонъ-бульонъ, мясной сокъ и т. д.).

5.—При зондированіи тѣже явленія; эластическимъ зондомъ выведено изъ пищевода больше стакана молока (за два часа передъ зондированіемъ больной выпилъ $2^1/_2$ стакана). Общее состояніе больнаго тоже. Температура нормальна. Вечеромъ больной жаловался на чувство стѣсненія въ груди; эластическимъ зондомъ снова выведено изъ пищевода около стакана жидкости.

7.—Жалуется на то, что плохо спалъ вслѣдствіе кашля и чувства давленія въ области нижней половины груди. Глотаніе по-прежнему затруднено. Утромъ больной выпилъ стаканъ молока; при введеніи эластическаго зонда чрезъ него вышло со стаканъ жидкости.

10.—Сегодня проф. Коломнинымъ больному сдѣлана гастростомія подъ хлороформомъ при соблюденіи всѣхъ антисептическихъ предосторожностей. Кожный разрѣзъ длиною въ 6 сант. проведенъ параллельно краю лѣвыхъ ложныхъ реберъ, послойно раздѣлены всѣ части брюшной стѣнки до брюшины, которая вскрыта была по желобоватому зонду. Желудокъ найденъ былъ легко и притянутъ къ ранѣ; двумя лигатурами, проведенными чрезъ стѣнки желудка въ обоихъ углахъ раны, этотъ органъ удерживался въ просвѣтѣ послѣдней; затѣмъ серозная оболочка желудка была пришита частыми кэттутовыми швами къ peritoneum parietale (первый рядъ швовъ); потомъ желудокъ былъ вскрытъ на протяженіи 4 сант., слизистая оболочка его глубокими и довольно частыми шелковыми швами сшита съ кожею брюшной стѣнки (второй рядъ швовъ). По окончаніи операціи чрезъ фистулу введено было въ желудокъ около $^1/_2$ стакана мяснаго соку и хересу ℥j; отъ кашля и движеній почти вся, введенная въ желудокъ, жидкость вышла чрезъ фистулу обратно еще на операціонномъ столѣ. Больной перенесенъ былъ въ нагрѣтую палату; въ желудокъ снова введено 6 столовыхъ ложекъ молока; рана прикрыта кускомъ протектива. Больному дано глотать вино маленькими глотками.

Въ 1 часъ дня изъ фистулы выходитъ небольшими кусочками свернувшееся молоко и прозрачная желтоватая жидкость. Слизистая оболочка желудка окрашена интензивнѣе, Введено въ желудокъ 4 столовыхъ ложки молока; при прибавленіи еще ложки, молоко стало вытекать при вдыханіяхъ. Въ $2^1/_2$ часа $t = 36,2$; $R = 16$; $p = 80$. Въ 3 часа у больнаго явились кашлевыя движенія, почему впрыснуто было подъ кожу morphii muriat. gr. $^1/_8$. Въ желудокъ снова влиты 4 ложки молока, 5-я вытекла вонъ. Швы осушены карболовой ватой и смазаны масломъ. Больной чувствуетъ себя хорошо, пульсъ довольно порядочный, неизмѣнившійся въ частотѣ, полнотѣ и силѣ. Жалуется только на слабость, клонитъ ко сну. Въ $6^1/_4$ час. вечера $t = 37,4$. Больнаго кормили чрезъ $1-1^1/_2$ час. молокомъ, причемъ входило съ каждымъ разомъ меньшее количество его, такъ что въ 10 час. было введено только $1^1/_2$ столовыхъ ложки. Больной то засыпалъ не надолго, то снова просыпался; жаловался на слабость, болей въ животѣ нѣтъ. Въ 11 час. больной хорошо спалъ, края фистулы были осушены и смазаны масломъ, такъ какъ изъ нея вытекла желтоватая прозрачная жидкость и кусочки свернувшагося молока. $R = 17$; $P = 84$ прежняго качества. Mucosa желудка интензивнаго синевато-краснаго цвѣта. Края швовъ слегка покраснѣли. Въ 12 час. $R = 20$; $P = 93$; введено въ желудокъ 2 ложки молока. Потомъ больнаго кормили въ 1 часъ и 4 часа утра, а съ $1^1/_2$ до $3^1/_2$ час. спалъ, не пробуждаясь Въ 5 часовъ утра слабость увеличилась. $P = 120$; $R = 36$. Сонливость. Въ 8 часовъ утра упадокъ силъ рѣзко выраженный, дыханіе хрипящее, пульсъ нитевидный. Сдѣлано подкожное впрыскиваніе t—rae moschi, которое осталось безъ всякаго дѣйствія. Больной въ полномъ сознаніи, ни на что не жалуется. Умеръ въ 9 часовъ утра 11-го марта, чрезъ 22 часа послѣ операціи.

Autopsia. Трупъ представляетъ крайнее исхуданіе. In regione epigastr. на 3—4 сант. влѣво отъ срединной линіи замѣчается рана около 5 сант. длиною съ гладкими краями. на которыхъ замѣтны шелковые швы, соединяющіе слизистую оболочку желудка съ наружной кожей. Кости черепа склерозированы. Pia mater малокровна, отдѣляется легко,

нѣсколько отечна. Ткань мозга содержитъ умѣренное количество крови, слегка отечна Боковые желудочки растянуты серозной жидкостью, ependima ихъ мѣстами утолщена, плотна и непрозрачна. Сосуды основанія мозга безъ измѣненія. Ткань мозжечка отечна, нѣкоторые сосуды на основаніи его мѣстами склерозированы. Сердце уменьшено въ объемѣ, жиръ по борозкамъ атрофированъ, отеченъ; мускулатура буроватаго цвѣта; endocardium лѣваго желудочка представляетъ мѣстныя утолщенія и уплотненія. Двустворчатые клапаны по краямъ утолщены. На intimae аорты нѣсколько склеротическихъ бляшекъ. Правое легкое сращено съ грудной клѣткой, лѣвое свободно; верхнія доли малокровны, нижнія усѣяны гнѣздами красной и сѣрой гепатизаціи, величиною не болѣе лѣснаго орѣха; по направленію бронховъ замѣтно увеличеніе соединительной ткани. Печень уменьшена, буроватаго цвѣта, мягка. Селезенка значительно уменьшена, сокращена, малокровна. Почки нормальной величины, блѣдно-краснаго цвѣта; капсула снимается легко; на поверхности рѣзко выражена инъекція венозныхъ сосудовъ. Около фистулы серозная оболочка желудка сращена съ peritoneum parietale рыхло. Фистула наложена на срединѣ разстоянія между cardia и pylorus, между большой и малой кривизной, нѣсколько ближе къ большой кривизнѣ. Слизистая оболочка желудка сильно инъецирована. Брюшина нормальна. На спиртовомъ препаратѣ стѣнки пищевода на уровнѣ перекреста его съ лѣвымъ бронхомъ представляютъ круговое утолщеніе до $1^1/_2$ сант. на протяженіи 3—4 сант. При разрѣзѣ инфильтратъ желтовато-бѣлаго цвѣта, слегка зернистъ; занимаетъ мѣстами всю толщу стѣнки пищевода, а мѣстами достигаетъ до muscularis. Просвѣтъ пищевода съуженъ такъ сильно, что проходитъ только желобоватый зондъ. На слизистой оболочкѣ небольшая язва. Выше стриктуры пищеводъ нѣсколько расширенъ. Метастазовъ не найдено. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило среди обильнаго соединительно-тканнаго остова, а частью среди мышечной ткани, эпителіальныя гнѣзда въ видѣ цилиндровъ съ многочисленными отпрысками, которые состоятъ изъ плоскихъ эпителіальныхъ клѣтокъ, расположенныхъ неправильно. Въ окружающей соединительной ткани во многихъ мѣстахъ найдена инфильтрація грануляціонными клѣтками. На одномъ препаратѣ найденъ поперечный разрѣзъ нервной вѣточки, гдѣ видно пронизываніе эпителіальными клѣтками наружной соединительно-тканной оболочки. Плоско-эпителіальный ракъ.

12) Больной купецъ *Дмитрій Вилинъ*, 61 года, поступилъ въ клинику 13-го декабря 1885 года.

Anamnesis. Больной запойный пьяница, женатъ, семейные всѣ здоровы, самъ также никогда ничѣмъ не страдалъ. Сифилиса и уретрита не имѣлъ. Со стороны наслѣдственности ничего особеннаго нѣтъ. 10 мѣсяцевъ тому назадъ больной сталъ замѣчать трудность прохожденія твердой пищи. Это затрудненіе медленно прогресировало; больной сталъ пищу тщательно разжевывать и запивать водой и больше сталъ питаться жидкой и полужидкой пищей. Два мѣсяца тому назадъ у больнаго явились колющія боли въ груди (точно иголками) и вмѣстѣ съ развитіемъ затрудненія глотанія появились запоры. Кровохарканія никогда не было. 3-го декабря больной былъ въ клиникѣ во время пріема амбуляторныхъ больныхъ и жаловался, что передъ приходомъ въ клинику у него былъ сильный приступъ одышки, похожій, по разсказамъ больнаго, на приступъ грудной жабы. Въ это время онъ совершенно свободно глоталъ жидкую пищу и съ нѣкоторымъ трудомъ полужидкую. Съ тѣхъ поръ затрудненіе глотанія быстро стало увеличиваться и дошло до того, что даже жидкая пища совершенно перестала проходить и при попыткахъ глотанія все выбрасывается обратно. Лечился въ клиникѣ профес. Чудновскаго, гдѣ ему вводили зонды, послѣ чего каждый разъ глотаніе улучшалось, но въ послѣднее время послѣ зондированія этого улучшенія не получается. Больной за это время похудѣлъ, но главнымъ образомъ сильно ослабѣлъ, что называется «осунулся».

Status praesens. Больной высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, подкожнаго жирнаго слоя довольно много; кожа желтоватаго цвѣта, виситъ складками, лицо землистаго цвѣта, выражаетъ тоску и усталость; глаза опустились въ глубину орбитъ и склеры желтаго цвѣта. Мускулатура вялая и дряблая. Больной не можетъ стоять и жалуется на

страшный упадокъ силъ. Костная система не представляетъ ничего особеннаго. Лѣвосторонняя мошоночная грыжа. Шея нормальна; лимфатическія железы не увеличены. Небольшая эмфизема легкихъ. При выслушиваніи кое-гдѣ влажные и сухіе хрипы. Сердечный толчокъ неощутимъ. Пульсъ слабый. При перкуссіи сердце увеличено въ поперечникѣ. Тоны его чисты, но глухи и слабы. Артеріосклерозъ умѣренный. Печень немного увеличена. Остальные брюшные органы не представляютъ ничего особеннаго. При зондированіи пищевода ни одна олива не проходитъ, препятствіе встрѣчается на 30 сант. отъ зубовъ. Между тѣмъ какъ при зондированіи 3-го декабря малая олива свободно проходила, остальныя останавливались на 26 сант. отъ зубовъ. Въ настоящее время больной не можетъ глотать даже воду. Назначены питательные клистиры Leube, t=36,6.

15.—t—утромъ и вечеромъ=37,6. Введено смѣси Leube ℥j, удерживается хорошо. Больной проглотилъ съ большимъ трудомъ взбитое яйцо. Жалуется на жажду. Мочи=1100 к. с., нормальная.

16.—t—утр.=37,6. Сегодня въ 11 часовъ утра подъ хлороформомъ и при соблюденіи всѣхъ правилъ антисептики больному сдѣлана мною гастростомія. Разрѣзъ параллельный краю лѣвыхъ ложныхъ реберъ длиною въ 6 сант ; при вскрытіи брюшной полости внутренности не опали отъ вхожденія воздуха, какъ обыкновенно, но, напротивъ, въ разрѣзѣ грыжевидно выпячивался большой сальникъ, который сильно мѣшалъ отыскивать желудокъ; однако онъ скоро былъ найденъ и притянутъ въ рану. При отыскиваніи желудка не было замѣтно паденія пульса. Желудокъ былъ фиксированъ въ ранѣ серебряными швами. Во время наложенія швовъ больной сталъ икать. Послѣ операціи наложена антисептическая іодоформная повязка и больной былъ перенесенъ изъ операціонной комнаты въ палату; здѣсь нѣсколько разъ больнаго вырвало желтовато-бурой, кислой жидкостью съ сильно непріятнымъ запахомъ. Икота продолжается. Больной лежитъ спокойно, ни на что не жалуясь и относится ко всему апатично. Пульсъ немного слабъ съ небольшими перебоями. Вечеромъ t = 38,9. Пульсъ полный. Жалобъ нѣтъ. По временамъ икота. Назначено: подкожное впрыскиваніе морфія, кусочки льда и питательные клистиры Leube.

17.—t—утромъ=39,2; вечеромъ = 39,1. Больной апатиченъ, ни на что не жалуется. Временами икота продолжается. Глотаетъ кусочки льда и воду совершенно свободно Аппетита совершенно нѣтъ и больной никакой пищи не принимаетъ. Около 3-хъ часовъ дня больнаго вырвало желтовато-бурой, чрезвычайно вонючей жидкостью. Повязка была перемѣнена, причемъ комокъ іодоформной марли, лежащій на ранѣ, былъ пропитанъ сукровичной жидкостью. Рана не представляла ничего особеннаго, реакціи почти никакой нѣтъ, болѣзненность около раны весьма небольшая; при ощупываніи живота нигдѣ болей нѣтъ.

18.—t^0 утр.=37,8; ночью спалъ, помочился подъ себя. По временамъ легкая икота продолжается. Проситъ часто пить. Около 12 часовъ дня повязка перемѣнена. Рана не представляетъ ничего особеннаго, только у наружнаго угла ея появилось маленькое углубленіе, происшедшее вслѣдствіе отклейки желудка отъ брюшной стѣнки; здѣсь наложенъ шовъ и вскрытіе желудка отложено до слѣдующаго дня, тѣмъ болѣе, что больной свободно глотаетъ жидкости. Послѣ наложенія повязки больнаго вырвало отвратительно пахнущей жидкостью желтовато-бураго цвѣта. Больной апатиченъ, жалобъ никакихъ нѣтъ. Назначенъ креозотъ въ обволакивающей жидкости и Potio Riveri. Вечер. t = 39,8. Пульсъ 100, малый съ перебоями; дыханій = 40; конечности холодны. Назначены возбуждающія средства, но, не смотря на это, дѣятельность сердца постепенно ослабѣвала и больной умеръ 19-го декабря въ 4½ часа утра.

Autopsia. На лѣвой сторонѣ брюшной стѣнки, на 3 сант. отъ срединной линіи и на 2 сант. отъ края лѣвыхъ ложныхъ реберъ, находится рана длиною 6 сант. и шириною 2 сант.; на днѣ ея находится часть желудка, пришитая къ краямъ раны 11-ю серебряными швами. Сердце въ поперечникѣ увеличено; бороздки его покрыты жиромъ. Стѣнка лѣваго сердца нормальной толщины, мускулатура блѣдна, клапаны безъ измѣненій. Восходящая часть дуги аорты расширена, на intima ея найдены склеротическія утолщенія.

Правый желудочекъ растянутъ, стѣнка его немного истончена, дрябла, съ сѣроватымъ оттѣнкомъ. Кровь жидкая, слабо свернувшаяся. Въ обоихъ легкихъ, особенно въ заднихъ доляхъ, замѣчается отекъ ткани, но они проходимы для воздуха. Въ полости брюшины небольшое количество гнойнаго, мутнаго эксудата; peritoneum мѣстами инъецирована мелкими сосудами. Около слѣпой кишки найдена гнойная инфильтрація клѣтчатки. Серозная оболочка кишекъ тоже инъецирована. Передняя стѣнка желудка ближе къ pylorus пришита. Слизистая оболочка желудка блѣдна. Въ кишечномъ каналѣ, кромѣ блѣдности, измѣненій не замѣчается. Печень немного увеличена, капсула напряжена. Ткань печени дрябла, желтоватаго цвѣта, дольки неясно видны, въ центральныхъ частяхъ гиперемированы. Селезенка немного увеличена; на наружной поверхности капсулы ея находится утолщеніе въ видѣ бляшки въ 5 сант. длины и 3 сант. ширины, отъ которой идутъ къ діафрагмѣ ложныя перемычки, легко разрывающіяся. Ткань гиперемирована, рыхла, дрябла, трабекулы ясно выражены. Въ почкахъ интерстиціальный процессъ. На спиртовомъ препаратѣ стѣнки пищевода отъ раздѣленія дыхательнаго горла, на протяженіи 10 сант., представляются инфильтрированными, утолщенными до 0,5 сант., твердыми. Просвѣтъ пищевода въ этомъ мѣстѣ значительно съуженъ. Внутренняя поверхность пораженной части пищевода изъязвлена на 4 сант. въ длину. Язва съ подрытыми на значительномъ пространствѣ, вялыми, неправильными краями; въ срединѣ ея находится въ видѣ полипа кусокъ ткани, величиною въ волошскій орѣхъ, сѣровато грязнаго цвѣта, легко разрывающійся. У нижняго края язвы слизистая оболочка пищевода отслоена на значительномъ протяженіи. Вверху инфильтрированная часть пищевода плотно сращена съ дыхательной трубкой. Правый блуждающій нервъ находится въ массѣ опухоли. Лимфатическія железы по направленію пищевода не увеличены. Опухоль такъ сильно распалась, что въ кусочкахъ, взятыхъ для микроскопическаго изслѣдованія изъ центральныхъ частей язвенной поверхности, не нашлось ни одного раковаго гнѣзда; пришлось дѣлать срѣзы и изслѣдовать 16 кусочковъ и только въ послѣднемъ, взятомъ изъ периферическихъ частей язвы, нашлись раковыя гнѣзда, состоящія изъ разнообразной формы плоскихъ клѣтокъ, расположенныхъ частью неправильно, а частью, вслѣдствіе концентрическихъ наслоеній, они образуютъ роговыя жемчужины. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ раковыя гнѣзда расположены среди скуднаго соединительно-тканнаго остова, а въ другихъ находится обильное разращеніе соединительной ткани, въ которой мѣстами находится большое количество грануляціонныхъ элементовъ; точно также среди пучковъ мышечной ткани найдено нѣсколько раковыхъ гнѣздъ, вблизи которыхъ также существуетъ инфильтрація грануляціонными клѣтками. Плоско-эпителіальный ракъ.

13.—Больная *Дарья Евсѣева*, вдова губернскаго секретаря, 42 лѣтъ; поступила въ клинику 27-го ноября 1881 года.

Больная всегда была здорова; родители ея тоже были здоровые люди. Менструаціи всегда были правильны, безболѣзненны; прекратились 7 мѣсяцевъ тому назадъ. Замужемъ 25 лѣтъ; чрезъ годъ послѣ замужества были роды, правильные. Ребенокъ умеръ двухъ лѣтъ. Овдовѣла 15 лѣтъ назадъ. Въ февралѣ мѣсяцѣ текущаго года у больной вдругъ остановился въ пищеводѣ кусокъ твердой пищи; затѣмъ въ теченіи этого мѣсяца это повторилось нѣсколько разъ и пища начала останавливаться все чаще и чаще. Шесть мѣсяцевъ тому назадъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи стало настолько безпокоить больную, что она обратилась къ врачу, который вводилъ ей въ пищеводъ зонды, но глотаніе все-таки постепенно ухудшалось и три мѣсяца назадъ больная принуждена была питаться самой мягкой пищей. Послѣдній мѣсяцъ глотаетъ только жидкости, а послѣдніе дни и жидкости проходятъ съ трудомъ. Сегодня же не можетъ проглотить чайной ложки жидкости. Съ развитіемъ болѣзни у больной явились запоры, испражненій не бываетъ по недѣлямъ. При изслѣдованіи пищевода зондомъ, самая малая олива не проходитъ и останавливается на 27 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ. Diagnosis,—cancer oesophagi.

3-го декабря. Больная ежедневно можетъ проглотить два взбитыхъ сырыхъ яйца, смѣшанныхъ со стаканомъ воды, и 2 стакана бульона. Пульсъ 100, слабый; мочи 600 к. с.; д. в. = 1027, реакція кислая.

4.—Состояніе больной тоже; мочи 420 к. с. Пульсъ 120. Больная видимо слабѣетъ.

6.—У больной крайній упадокъ силъ; пульсъ 130, едва ощутимъ; тихій бредъ. Умерла въ 8 часовъ вечера.

Autopsia. Верхушки легкихъ усѣяны мелкими творожистыми массами. Лѣвое легкое сзади сращено ложными перепонками. Сердце небольшаго объема, мускулатура его бураго цвѣта, клапаны не представляютъ измѣненій. Желудокъ значительно растянутъ и опущенъ; curvatura minor сильно изогнута; стѣнки его очень тонки, слизистая сболочка блѣдна. Печень невелика, въ разрѣзѣ темно-коричневаго цвѣта. Селезенка очень мала, pulpa ея блѣдна. Почки невелики, при разрѣзѣ ткань ихъ плотная, блѣдная; корковый слой тонокъ. Въ кишечномъ каналѣ ничего особеннаго не найдено, кромѣ блѣдности слизистой оболочки. На спиртовомъ препаратѣ тотчасъ ниже раздвоенія дыхательнаго горла стѣнки пищевода во всей своей окружности на протяженіи 4,5 сант. представляютъ значительное утолщеніе, вслѣдствіе инфильтраціи ихъ бѣлыми массами, суживающими просвѣтъ его до весьма значительной степени. Внутреняя поверхность пищевода соотвѣтственно инфильтраціи представляетъ поясную язву съ вывороченными твердыми краями и мелко-бугристымъ дномъ. Аорта плотно сращена съ пораженной частью пищевода, наружная оболочка ея инфильтрирована тѣми же бѣлыми твердыми массами. Нѣсколько бронхіальныхъ железъ увеличены и при разрѣзѣ представляются инфильтрированными. Остальные органы не представляютъ измѣненій. На микроскопическихъ срѣзахъ видны раковыя гнѣзда, состоящія изъ небольшихъ плоскихъ клѣтокъ съ однимъ или двумя ядрами; клѣтки большею частью расположены неправильно и только въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видна наклонность образовать концентрическія наслоенія; но ороговѣвшихъ жемчужинъ не найдено. Соединительно-тканная основа мѣстами очень скудная и эти мѣста имѣютъ мозговидное строеніе, а въ другихъ—замѣтно развитіе соединительной ткани. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ находятся поперечные и косые разрѣзы нервныхъ вѣточекъ, которые инфильтрированы раковыми клѣтками и замѣтна атрофія осевыхъ цилиндровъ. Плоско-эпителіальный ракъ.

14. Больная *Наталья Архипова*, 46 лѣтъ, поступила въ клинику 23-го марта 1884 года съ явленіями раковой стриктуры пищевода. *Anamnesis*: замужемъ 25 лѣтъ, родила двухъ дѣтей—дѣвочекъ, одна изъ нихъ умерла шести недѣль, а вторая жива и здорова до сихъ поръ; мужъ больной тоже живъ и здоровъ. Менструація кончилась 10 лѣтъ тому назадъ; передъ этимъ въ теченіе года страдала маточными кровотеченіями, которыя ее довольно сильно изнурили; съ прекращеніемъ менструацій больная поправилась и затѣмъ была здорова. Полтора года тому назадъ больной сильно сдавили горло, послѣ чего явилась сипота голоса, которая остается и до сихъ поръ. Лѣтомъ 1883 г. у нея явились колющія боли въ области лопатокъ; въ концѣ декабря въ первый разъ замѣтила затрудненіе при глотаніи твердой пищи и за мѣсяцъ передъ поступленіемъ въ клинику совершенно перестала глотать твердую пищу и питается исключительно жидкой, при этомъ послѣдніе три дня не могла глотать даже и жидкую пищу и воду;—все, что глотала, сейчасъ же выходило обратно. Со времени появленія затрудненія глотанія у больной явились запоры по 6—7 дней. Прежде больная въ порядочномъ количествѣ пила водку, иногда до опьяненія.

Status praesens. Больная средняго тѣлосложенія, очень худая,—почти кожа и кости; общіе покровы и слизистыя оболочки очень блѣдны. При изслѣдованіи костей найдена легкая бугристость на лопаточныхъ остяхъ, нижнихъ концахъ бедренныхъ и большеберцовыхъ костей и разлитая припухлость, нерѣзко выраженная, на правой лучевой кости. Лимфатическія железы нормальны, только въ правомъ паху немного увеличены. При осмотрѣ полости рта на языкѣ найдены трещины, мелкія неровности и бугристости; въ зѣвѣ—явленія хроническаго катарра, на мягкомъ нёбѣ — небольшой рубецъ. Въ легкихъ всюду везикулярное дыханіе. Сердце не представляетъ измѣненій, тоны его и большихъ сосудовъ нормальны. Животъ чрезвычайно впалый; при ощупываніи ничего ненормальнаго не найдено. Печень немного увеличена, выдается изъ-подъ ложныхъ реберъ при-

близительно пальца на $1^1/_2$—2 и болѣзненная при ощупываніи; селезенка не опредѣляется. При зондированіи пищевода. самая малая его олива (6—7 mm. въ діаметрѣ) останавливается на разстояніи 29 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ (29—15=14); на оливѣ крови нѣтъ. Больная проглатываетъ маленькими глотками жидкую пищу, твердую же не можетъ. Жалуется на сильный голодъ.

Съ 23-го марта по 14-е апрѣля больной дѣлали cathétérisme appuyé по три раза въ недѣлю; питалась жидкой пищей и клистирами Лейбе; глотала пищу то сносно, то плохо, и въ это время часть пищи выходила обратно; нѣсколько разъ доходило до того, что по цѣлымъ суткамъ не могла глотать даже воду. 29-го марта утромъ, когда больная проснулась, у нея во рту было около столовой ложки крови. Больная большею частью жаловалась на голодъ, шумъ въ ушахъ, головокруженіе и страшную слабость, почему большею частью лежала въ кровати.

14-го апрѣля въ 1 часъ дня приступлено къ гастростоміи (проф. Коломнинъ), безъ хлороформа въ виду крайней слабости больной. Кожный разрѣзъ въ 7 сант. отступя влѣво отъ средней линіи тѣла и края лѣвыхъ ложныхъ реберъ и параллельно имъ, послойно дойдено до брюшины, которая вскрыта по желобоватому зонду; въ ранѣ выдавался край селезенки и застилалъ собою почти весь просвѣтъ раны, что страшно мѣшало при отыскиваніи сократившагося отъ голода желудка. По вскрытіи брюшины у больной пульсъ страшно упалъ, лицо сдѣлалось ціаноточно и она стала сильно безпокойной. Послѣ подкожнаго впрыскиванія эфира, пульсъ сдѣлался нѣсколько лучше, ціанозъ прошелъ, но каждый разъ при введеніи пальцевъ въ полость брюшины для отысканія желудка пульсъ снова падалъ, снова являлся ціанозъ и сильное безпокойство больной. Въ виду всѣхъ этихъ угрожающихъ явленій, проф. Коломнинъ счелъ нужнымъ оставить операцію; брюшина сшита 7-ю швами изъ кэтгута, мышцы 4-мя, а кожа 7-ю шелковыми швами. Рана покрыта толстымъ слоемъ іодоформнаго коллодія и наложена антисептическая салициловая повязка. Послѣ операціи въ теченіе двухъ часовъ больная была очень слаба, не могла говорить и объяснялась знаками; затѣмъ пришла въ прежнее состояніе. Операціонная рана черезъ нѣсколько дней зажила безъ особенныхъ осложненій, только 20-го апрѣля на мѣстѣ раны замѣчена флюктуація и при разрѣзѣ вышло около двухъ унцій бураго, клочковатаго гноя, но и этотъ абсцессъ вскорѣ зажилъ.

15) Больной полицейскій надзиратель *Григорій Ильинъ*, 60 лѣтъ, поступилъ въ клинику 7-го декабря 1882 года.

Anamnesis. Родители больнаго умерли въ глубокой старости; самъ всегда былъ здоровъ. Женатъ и всѣ семейные его здоровы. 10 лѣтъ тому назадъ у больнаго было воспаленіе праваго легкаго, но болѣзнь эта вполнѣ прошла безъ слѣда. Умѣренный potator. Спѣша по дѣламъ службы, часто больному приходилось наскоро ѣсть; причемъ онъ глоталъ горячую пищу и 6 мѣсяцевъ тому назадъ онъ обжогъ себѣ горячимъ кускомъ бифштекса ротъ, глотку и пищеводъ. 4 мѣсяца тому назадъ больной замѣтилъ, что глотаніе у него не свободно, пища останавливается и затѣмъ проходитъ. Больной сталъ тщательно разжевывать пищу и глотать осторожно. Тѣмъ не менѣе два мѣсяца тому назадъ глотаніе настолько ухудшилось, что онъ сталъ принимать мягкую пищу. Мѣсяцъ тому назадъ больной сталъ чувствовать боли въ груди, на уровнѣ мечевиднаго отростка; затѣмъ эти боли распространились по всей груди и спинѣ. Съ развитіемъ болѣзни явились запоры, такъ что больной не можетъ испражняться безъ клистира.

Status praesens. Больной средняго тѣлосложенія, истощенный. Животъ впалый. Въ лѣвой надключичной ямкѣ находятся припухшія лимфатическія железы. Легкія немного эмфизематозны. Тоны сердца не вполнѣ чисты. Сильный артеріосклерозъ. При изслѣдованіи пищевода зондомъ оказалось, что средняя олива проходитъ съ трудомъ, останавливаясь на разстояніи 29 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ; на оливѣ оказалось немного крови. Diagnosis,—cancer oesophagi.

8-го декабря. Больной жалуется на сильную боль въ правой сторонѣ груди; эта боль

распространяется на правую верхнюю конечность и особенно усиливается по ночамъ, такъ что больной плохо спитъ; t° тѣла нормальная.

9-го декабря. Сдѣланъ электролизъ съуживающаго мѣста пищевода; взято 4 элемента, продолжительность = $1\frac{1}{2}$ минуты. Больной все время кашлялъ и были тошнотныя движенія.

10-го декабря. Больной жалуется на боли при глотаніи и увѣряетъ, что пища проходитъ хуже.

13-го декабря. Электролизъ повторенъ. Больной былъ спокойнѣе. Вечеромъ жалуется на сильныя боли, особенно при глотаніи и пища проходитъ хуже. Боли продолжались на слѣдующій день и мало по малу успокоились чрезъ 4 дня. Вслѣдствіе болей больной это время дурно спалъ.

17-го декабря. Больнаго зондировали; прошла средняя олива; глотаніе не много лучше.

21-го декабря. Больной выписался изъ клиники и перешелъ въ число амбуляторныхъ больныхъ.

26-го декабря. При зондированіи пищевода средняя олива прошла чрезъ съуженіе, причемъ ощущалась бугристость; на оливѣ немного крови.

7-го января 1883 года. Больной жалуется на сильныя боли въ груди. При зондированіи тѣ же явленія.

20-го января. Железы на шеѣ увеличиваются. Послѣ зондированія пищевода больной чувствуетъ боли.

3-го февраля. Каждый разъ послѣ зондированія больной въ продолженіи нѣсколькихъ дней глотаетъ лучше. Послѣ зондированія вышло немного крови, средняя олива проходитъ съ небольшимъ насиліемъ.

28-го февраля. При зондированіи одна только малая олива прошла. Лимфатическія железы шеи сильно увеличены.

5-го марта. При зондированіи пищевода прошла только малая олива. Остальныя явленія тѣ же. Больной больше не являлся въ клинику.

16) Больной крестьянинъ *Алексѣй Терентьевъ*, 48 лѣтъ, кучеръ. Поступилъ въ клинику 20-го апрѣля 1884 года.

Больной potator. Въ концѣ іюня мѣсяца 1883 года въ первый разъ замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи Это затрудненіе постепенно усиливалось. 14-го февраля больной въ первый разъ былъ на амбуляторномъ пріемѣ, при этомъ найдено было слѣдующее: при перкуссіи и аускультаціи грудныхъ органовъ ничего не нормальнаго не найдено. При зондированіи пищевода большая олива проходитъ въ желудокъ, но въ средней $\frac{1}{3}$ пищевода встрѣчается легкое препятствіе; на оливѣ небольшое количество крови и пищевыя массы. Больной можетъ глотать только жидкую пищу, но временами и эта пища съ величайшимъ трудомъ проходитъ. Diagnosis,—cancer oesophagi. Больному назначенъ Cathétérisme appuyé и внутрь дано T—rae Bellad. Въ настоящее время больной пришелъ въ клинику вслѣдствіе того, что 2-ое сутокъ не проходитъ и жидкая пища и больной ничего не ѣлъ. На слѣдующій день, 21-я апрѣля, жидкая пища стала проходить свободно. 22-го апрѣля при зондированіи средняя олива прошла свободно, но при извлеченіи зонда на 11,5 сант. отъ начала пищевода встрѣчается легкое препятствіе. Послѣ зондированія больной кашлевыми движеніями вывелъ болѣе столовой ложки крови съ кашицеобразными пищевыми массами. Больной выписался изъ клиники.

17) Больная *Елизавета Миролюбова*, швея, 35 лѣтъ. Поступила въ клинику 6-го ноября 1885 года.

Anamnesis. Больная замужняя женщина; была одинъ разъ беременна и родила ребенка, который былъ слабый и на 2-мъ году жизни умеръ отъ поноса и нарывовъ на шеѣ. До нынѣшняго года всегда правильно менструировала. въ этомъ же году менструаціи были только 2 раза и послѣдніе въ маѣ мѣсяцѣ. Сифилисъ больная отрицаетъ. Всегда была здорова. Со стороны наслѣдственности ничего не найдено. Ожогъ пищевыхъ путей не было. Много куритъ. Въ сентябрѣ мѣсяцѣ прошлаго года больная стала чувствовать при

глотаніи твердой пищи боль; эта боль, начиная отъ сознанія глотанія, постепенно усиливалась и дошла до болевыхъ ощущеній, вмѣстѣ съ тѣмъ усиливалось и затрудненіе прохожденія пищи. Мѣсяца чрезъ 2 или 3 больная перестала глотать твердую пищу и стала питаться полужидкой, при этомъ боли стали меньше. Временами пища проходила, а иногда останавливалась на рединѣ груди, гдѣ вызывала чувство стѣсненія; въ это время больная производила усиленныя глотательныя движенія, помогая имъ поглаживаніями рукой вдоль шейной части пищевода, причемъ иногда пища проходила, а иногда минутъ чрезъ 5 регургитировалась. Вмѣстѣ съ пищеводной рвотой были сильныя колющія боли въ груди, между лопатками, шеѣ и т. д. Настоящей рвоты не было, точно также никогда не было кровотеченій. Съ августа мѣсяца больная стала питаться исключительно жидкой пищей. Съ мѣсяцъ тому назадъ и жидкая пища стала трудно проходить и часто является регургитація. Въ настоящее время больная глотаетъ только жидкую пищу очень маленькими глотками и чрезвычайно медленно; при этомъ иногда пища, скопляясь въ пищеводѣ, выходитъ обратно сразу въ большомъ количествѣ. За эти послѣдніе три мѣсяца больная сильно похудѣла и ослабѣла. Явились запоры. Лечилась у врача, который въ продолженіи трехъ недѣль ежедневно вводилъ въ пищеводъ эластическіе зонды, при этомъ со слизью выходили жилки крови. Облегченія никакого не получила.

Status praesens. Больная довольно исхудалая, костная система ничего особеннаго не представляетъ; mucosa pharyngis представляетъ хроническое воспаленіе; на лѣвой части мягкаго неба небольшой рубчикъ; носовые проходы нормальны. Лимфатическія железы не увеличены. Въ бороздкѣ между trachea и m. sternocleidomastoidei sinistri ощупывается мягкая, двигающаяся во время глотанія опухоль, принадлежащая увеличеной лѣвой долѣ щитовидной железы. In fossa jugularis ощупывается, величиною съ орѣхъ, подвижная, мягкая, немного продолговатая опухоль, связанная съ перешейкомъ щитовидной железы, двигающаяся во время глотанія. При перкуссіи и аускультаціи въ правой верхушкѣ найдены ronchi subcrepitantes, жесткій выдыхъ и притупленный тонъ. Сердце и сосуды нормальны. Брюшные органы тоже не представляютъ ничего особеннаго. Зондъ, введенный въ пищеводъ, встрѣчаетъ непреодолимое препятствіе на разстояніи 27 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ. Самая малая олива не проходитъ; крови на зондѣ нѣтъ. Diagnosis—cancer oesophagi. Больной предложена гастростомія, но она не согласилась и выписалась изъ клиники.

18) Больная солдатка *Ирина Алексѣева*, вдова 57 лѣтъ; поступила въ клинику 12-го декабря 1880 года.

Anamnesis. О болѣзняхъ своихъ родственниковъ больная ничего не знаетъ. Жила всегда въ хорошихъ условіяхъ, вела правильную жизнь, спиртныхъ напитковъ не пила и всегда была здорова. Заболѣла въ мартѣ мѣсяцѣ 1880 года. Болѣзнь началась съ того, что отъ времени до времени стала появляться рвота безъ всякой видимой причины, причемъ рвотой иногда выдѣлялась одна только слизь. Больная ни на что особенно не жаловалась вообще состояніе ея оставалось хорошимъ до мая мѣсяца. Въ это время больная временами стала чувствовать боли въ различныхъ мѣстахъ груди и спинѣ, постепенно усиливающіяся по мѣрѣ развитія затрудненія. Осенью глотаніе твердой пищи сдѣлалось совершенно невозможнымъ, больная замѣтно стала худѣть и ослабѣвать. Въ концѣ ноября жидкая пища стала проходить съ большимъ трудомъ. Рвота, не прекратившаяся съ самого начала болѣзни, стала появляться чаще, причемъ иногда въ ней находилась кровь. Съ первыхъ чиселъ этого мѣсяца, дней 9—11, больная ничего не ѣла. Запоры.

Status praesens. Больная сильно истощена, по временамъ плохо сознаетъ окружающее бредитъ. Костная система не представляетъ ничего особеннаго. Лимфатическія железы нормальны. Животъ сильно впалъ и очень легко ощупываются позвоночникъ, аорта и pancreas. При ощупываніи epigastrium вызывается боль. Грудные и брюшные органы не представляютъ ничего особеннаго. При изслѣдованіи пищевода зондомъ на уровнѣ раздвоенія дыхательнаго горла найдено препятствіе, которое при незначительномъ усиліи пропустило зондъ въ желудокъ. Тотчасъ послѣ этого появилась рвота и при этомъ вышло много крови. Больная получила возможность глотать молоко, смѣшанное съ мяснымъ

сокомъ, яичнымъ желткомъ и виномъ и тутъ же выпила кружку этой смѣси. Diagnosis, — cancer oesophagi.

14. Больная спала дурно, часто появляется тошнота и рвота. Жалуется на жгучую боль въ области желудка, груди и спинѣ между лопатками. Молоко пьетъ свободно. При изслѣдованіи живота выше pancreas неясно ощупывается опухоль, которая ускальзываетъ изъ подъ пальцевъ подъ сводъ діафрагмы. Печень выдается изъ подъ реберъ пальца на два и болѣзненна. Общее состояніе больной нѣсколько лучше.

17. Больная глотаетъ свободно, но вслѣдствіе тошноты и рвоты послѣ ѣды, неохотно принимаетъ пищу, почему назначены питательные клистиры Leube.

18. Больная жалуется на затрудненное дыханіе, хотя при изслѣдованіи сердца и легкихъ ничего особеннаго не найдено.

19—26. Состояніе больной прежнее, однако силы понемногу возрастаютъ. Клистиры Leube оставлены.

28. У больной боли сдѣлались на столько сильными, что она цѣлыя сутки совершенно не могла спать. Дано Morphium въ порошкахъ.

1-го января. Больная чувствуетъ себя значительно сильнѣе и лучше. Боли и рвота меньше. Сонъ лучше.

6—15. Силы больной понемногу возстановляются; глотаетъ свободно жидкую пищу; рвоты меньше. Боли временами сильныя, иногда же проходятъ. Область желудка болѣзненна при ощупываніи. Опухоль, ощупываемая выше pancreas, представляетъ тѣ же явленія.

Съ 16-го января глотаніе сдѣлалось затруднительнымъ и мало по малу дошло до того, что 21-го больная не могла уже ничего проглотить и при попыткѣ къ глотанію вся пища сейчасъ же выходила обратно. При катетеризаціи пищевода зондомъ самая малая олива не проходитъ. Снова назначены клизмы Leube.

23. Сегодня при катетеризаціи малая олива прошла и больная стала снова глотать жидкости. Остальныя явленія тѣже. Клизмы оставлены.

28. Больная совершенно свободно стала глотать жидкую пищу. Чувствуетъ себя бодро и жалуется только на умѣренныя боли въ области желудка и груди.

2-го февраля. Общее состояніе больной удовлетворительно, видимо поправилась и чувствуетъ себя бодро. Глотаетъ свободно жидкую пищу.

11-го февраля. Больная выписалась изъ клиники.

19) Больной мѣщанинъ *Василій Пелиховъ*, 44 лѣтъ, конторщикъ, поступилъ въ клинику 14-го сентября 1883 года.

Anamnesis. Съ 14-лѣтняго возраста больной сильный potator и два раза напивался до delirium tremens. Въ концѣ апрѣля или въ началѣ мая настоящаго года больной натощакъ выпилъ около 30 рюмокъ водки и послѣ этого очень много пива. Скоро больнаго вырвало большимъ количествомъ крови, онъ очень ослабѣлъ, почувствовалъ боль въ груди и спинѣ и, желая спуститься внизъ по внутренней лѣстницѣ, упалъ съ нея и подняться уже не могъ. На слѣдующій день больной много пилъ молока и фруктовой воды твердую же пищу глотать было трудно. Такъ продолжалось около 2-хъ недѣль. Въ половинѣ мая больной совершенно перестаъ глотать твердую пищу и сталъ питаться мягкой пищей, но и эту пищу долженъ былъ глотать маленькими глотками, иначе она выходила обратно. Больной началъ быстро худѣть и недѣли въ двѣ, по его словамъ, убылъ на половину. Съ іюля мѣсяца въ общинѣ св. Георгія изрѣдка больному вводили зондъ каждый разъ послѣ зондированія глотаніе улучшалось. Въ настоящее время твердой пищи больной проглотить совершенно не можетъ, вскорѣ она регургитируется. точно также и большой глотокъ жидкости. Послѣдняя проходитъ въ желудокъ только въ томъ случаѣ. если больной глотаетъ ее по каплямъ.

Status praesens. Больной слабаго тѣлосложенія, чрезвычайно исхудалый, блѣдный съ землистымъ оттѣнкомъ лица и ціанотичнымъ носомъ. Лѣвая надключичная ямка нѣсколько полнѣе и при ощупываніи здѣсь найдены увеличенныя плотныя лимфатическ железы. Артеріи немного склерозированы. Легкія немного эмфизематозны. Сердце но

мально. Брюшные органы не представляютъ ничего особеннаго. При катетеризаціи пищевода малая олива не проходитъ даже при нѣкоторомъ форсированіи и останавливается на 31 сант. отъ края верхнихъ рѣзцовъ. Diagnosis—cancer oesophagi.

17-го сентября. Вчера зондъ не вводился и больной ничего не можетъ проглотить, даже маленькіе глотки молока, морса и т. п. тотчасъ же регургитируются. Больной крайне раздражительный. Сдѣлано зондированіе; явленія тѣ же.

18-го сентября. Сегодня и послѣ катетеризаціи больной ничего не можетъ проглотить; ночь не спалъ; больной раздражается все больше и больше. Ему предложена гастростомія. Онъ рѣшительно отказался отъ операціи, мотивируя свой отказъ не эстетичностью операціи.

19-го сентября. Выписался изъ клиники.

Амбуляторные больные.

20) Больной *Алексѣй Мартыновъ*, 49 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 9-го декабря 1883 года. Около двухъ мѣсяцевъ назадъ больной замѣтилъ, что пища во время глотанія останавливается, является чувство давленія въ груди и появляется отрыжка, причемъ вмѣстѣ съ пищей выходитъ масса вязкой густой слизи. Кромѣ того, во время глотанія пищи больной чувствуетъ боль, причемъ тщательно разжеванная пища иногда проходитъ, жидкая же свободно проходитъ и почти безъ боли. При изслѣдованіи внутренніе органы совершенно здоровы. При зондированіи олива останавливается на 30, 5 сантиметровъ отъ зубовъ. Diagnosis—cancer oesophagi.

13-го января. Больной можетъ глотать только жидкую пищу и временами жидкую кашицу и размоченный бѣлый хлѣбъ, но иногда и эта пища только частью проходитъ, а остальная часть извергается обратно. При зондированіи на 31 сант. отъ зубовъ встрѣчается съуженіе, непроходимое для малой оливы. Внутренніе органы всѣ здоровы.

21) Больной отставной рядовой *Петръ Никитинъ*, 40 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 9-го ноября 1882 года. Больной водки не пилъ. Въ іюнѣ мѣсяцѣ сталъ чувствовать боль въ груди и легкое затрудненіе при глотаніи пищи; это затрудненіе глотанія постепенно увеличивается, такъ что больной съ мѣсяцъ тому назадъ началъ питаться жидкой пищей, причемъ при каждомъ глоткѣ пищи или слюны ощущается въ пищеводѣ боль. Больной блѣдный, исхудалый. Внутренніе органы нормальны. При зондированіи пищевода на 31 сант. отъ зубовъ найдено съуженіе, не пропускающее ни одну оливу. Diagnosis—cancer oesophagi.

22) Больная домашняя учительница *Александра Цвѣткова*, 39 лѣтъ, дѣвица, была въ клиникѣ во время пріема амбуляторныхъ больныхъ 10-го января 1886 года.

Anamnesis.—Больная всегда пользовалась хорошимъ здоровьемъ. 8 мѣсяцевъ тому назадъ появились сильныя боли въ правой половинѣ груди и правой лопаткѣ, вскорѣ къ этому присоединилось затрудненіе глотанія твердой пищи. Это затрудненіе постепенно усиливалось, больная старалась тщательно разжевывать пищу и обильно запивать водой, но наконецъ и мелко раздробленная пища стала останавливаться въ пищеводѣ и извергаться обратно. Больная стала питаться мягкой и жидкой пищей. Въ настоящее время больная можетъ глотать только жидкую пищу. Съ развитіемъ разстройства глотанія больная стала худѣть и ослабѣвать. Явились запоры.

Status praesens. Больная сильно исхудала. Костная система нормальная; въ лѣвомъ боковомъ треугольникѣ шеи нѣсколько увеличенныхъ лимфатическихъ железъ, затѣмъ около щитовидной железы также лимфатическія железы увеличены. Въ правомъ легкомъ слышатся хрипы. Сердечная аритмія. При зондированіи пищевода на 28 сант. отъ зубовъ найдено съуженіе, пропускающее малую оливу. На оливѣ нѣсколько жилокъ крови. Diagnosis—cancer oesophagi. Предложено больной являться въ клинику для зондированія.

23) Больная *Анна Михайлова*, 52 лѣтъ, была въ клиникѣ 25-го октября 1883 года. Съ августа мѣсяца этого года больная почувствовала затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Затрудненіе постепенно усиливалось, такъ что больная принуждена питаться мяг-

кой и жидкой пищей. При изслѣдованіи внутренніе органы найдены здоровыми. При зондированіи пищевода на 27 сант. отъ зубовъ встрѣчается препятствіе, не пропускающее даже малую оливу. Diagnosis—cancer oesophagi.

24) Больная *Эмилія Піотровская*, 40 лѣтъ, была въ клиникѣ 24-го января 1883 года. Годъ тому назадъ больная стала чувствовать при глотаніи пищи боли по всему пищеводу, затѣмъ чрезъ нѣкоторое время стала останавливаться твердая пища. Это затрудненіе глотанія постепенно увеличивается и больная три мѣсяца тому назадъ перестала принимать твердую пищу и питается въ настоящее время жидкой. При изслѣдованіи ничего ненормальнаго не найдено. При зондированіи на 12 сант. отъ начала пищевода найдено съуженіе, непроходимое для малой оливы. Diagnosis—cancer oesophagi.

25) Больной *Иванъ Никановъ*, 45 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 15-го декабря 1881 года. Три мѣсяца тому назадъ больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно увеличивается, такъ что въ настоящее время можетъ глотать только мягкую и жидкую пищу. Внутренніе органы здоровы. При зондированіи въ средней трети пищевода найдено съуженіе, непроходимое для малой оливы. Diagnosis—cancer oesophagi. Предложено поступить въ клинику, но больной не явился.

26) Больной *Хасна Махмудтъ*, магометанинъ, 42 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 16-го ноября 1882 года. *Anamnesis*. Шесть мѣсяцевъ тому назадъ у больнаго появилось затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно увеличивается, больной сталъ питаться мягкой пищей, но 6 дней тому назадъ и эта пища стала плохо проходить и большею частью при глотаніи извергается обратно. *Status praesens*. Въ лѣвой надключичной ямкѣ найдено нѣсколько припухшихъ твердыхъ лимфатическихъ железокъ. Мѣста прикрѣпленія третьихъ реберъ къ грудинѣ сильно выстоятъ; при пальпаціи здѣсь ощущается глухая пульсація, распространяющаяся кругомъ; перкуторный тонъ здѣсь нѣсколько тупѣе, а при выслушиваніи тоны сердца очень сильны. Пульсъ въ обоихъ лучевыхъ артеріяхъ одинаково силенъ и изохрониченъ. Тоны сердца чисты, хорошо слышны по всей правой половинѣ груди и лучше, чѣмъ на лѣвой. При зондированіи пищевода на 24 сант. отъ зубовъ встрѣчается препятствіе, проходимое для малой оливы, но, пройдя это препятствіе, олива встрѣчаетъ другое на 25,5 сант. отъ зубовъ и это препятствіе непроходимо; зондъ не пульсируетъ. Diagnosis—cancer oesophagi.

27) Больной *Александръ Пафодитовъ*, 51 года, былъ въ клиникѣ 13-го марта 1884 года. Въ сентябрѣ мѣсяцѣ больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи, затрудненіе мало по малу увеличивалось и въ январѣ больной уже не могъ глотать твердую пищу, она тотчасъ же выбрасывалась обратно съ большимъ количествомъ слизи. Скоро и жидкая пища начала проходить съ трудомъ. Въ февралѣ мѣсяцѣ больной лечился іодистымъ каліемъ и послѣ первыхъ пріемовъ быстро почувствовалъ замѣтное улучшеніе. Въ настоящее времи глотаетъ рубленую котлету, запивая чѣмъ нибудь жидкимъ. За послѣднее время сильно похудѣлъ и ослабѣлъ. При изслѣдованіи внутренніе органы не представляютъ ничего особеннаго, кромѣ небольшой эмфиземы легкихъ. Никакихъ явныхъ указаній на сифились не найдено. При зондированіи пищевода ни одна олива не прошла, препятствіе находится на 27 сант. отъ зубовъ. Diagnosis,—cancer oesophagi. Леченіе: Cathétérisme appuyé.

20-го марта. Глотаетъ жидкую пищу. При зондированіи ни одна олива не прошла.

24-го апрѣля. При зондированіи прошла олива № 2-й. Больной за это время значительно похудѣлъ.

28) Больная *Матрена Качинская*, жена солдата, 51 года, была въ клиникѣ 22-го октября 1885 года. *Anamnesis*. Больная съ 35-лѣтняго возраста пила водку довольно неумѣренно. Мужъ ея былъ сильный potator и умеръ 49 лѣтъ отъ съуженія пищевода. Четверо дѣтей живы и здоровы; сифилиса не было. Въ теченіи жизни своей болѣла какою-то горячечной формой, а въ юности перенесла оспу; но вообще пользовалась всегда прекраснымъ здоровьемъ. Со стороны наслѣдственности ничего не найдено. Въ іюнѣ мѣсяцѣ въ первый разъ замѣтила затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно увели-

чивалось, такъ что въ августѣ больная уже не могла принимать и мягкую пищу и начала кормиться исключительно жидкой пищей. Кровохарканья не было. *Status praesens.* Больная очень тучная, животъ огромный, жирный, ничего опредѣлить невозможно. Внутренніе органы не представляютъ ничего особеннаго. При зондированіи пищевода малая олива встрѣчаетъ непреодолимое препятствіе на 27,5 сант. отъ зубовъ. Diagnosis — cancer oesophagi. Впослѣдствіи я узналъ, что больная быстро стала худѣть и истощеніе дошло до крайней степени; вмѣстѣ съ тѣмъ глотаніе болѣе и болѣе затруднялось, такъ что больная въ продолженіи 12 дней могла глотать съ величайшимъ трудомъ немного воды; потомъ глотаніе сдѣлалось лучше, но въ это время больная стала лихорадить, явились сильныя боли въ лѣвомъ боку и она умерла 5-го декабря 1885 года.

C. Раковыя съуженія нижней трети пищевода. Стаціонарные больные:

29) Больной мѣщанинъ *Клавдій Яковлевъ*, золотыхъ дѣлъ мастеръ, 47 лѣтъ; поступилъ въ клинику 27-го декабря 1883 года.

Anamnesis. Больной всегда былъ здоровъ, сифилиса не имѣлъ. Вина пилъ довольно много. Съ августа мѣсяца 1883 г. сталъ чувствовать затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно увеличивалось, такъ что 2 мѣсяца назадъ больной совершенно пересталъ принимать твердую пищу и сталъ питаться мягкой и жидкой пищей. Съ декабря лечится амбуляторно въ клиникѣ. Въ амбуляторной книгѣ значится: 9-го декабря. Глотаетъ свободно жидкости, но мягкую пищу съ большимъ трудомъ. Грудные и брюшные органы нормальны. Артеріосклерозъ. На 33,5 сант. отъ зубовъ зондъ встрѣчаетъ въ пищеводѣ препятствіе, пропускающее съ нѣкоторымъ затрудненіемъ малую оливу.

^{16}/xii. При катетеризаціи самая малая олива не прошла. Глотаетъ только жидкости.

Status praesens. Больной значительно истощенъ. Костная система правильна. Вѣсъ = 50, 745 gm. Въ лѣвой надключичной ямкѣ найдена одна лимфатическая железа припухшей. Первый тонъ сердца ad apicem акцентуированъ. Въ обоихъ легкихъ, особенно въ правомъ, находятся разсѣянные ronchi sonores et sibilantes. Въ области epigastrii ничего не прощупывается. Температура тѣла около 38°. При изслѣдованіи пищевода зондомъ малая олива останавливается на 18,5 сант. отъ начала пищевода. Diagnosis, — cancer oesophagi.

28. Утр. t° тѣла = 38; вечеромъ = 38,2. Больной чувствуетъ себя хорошо и только жалуется на отсутствіе аппетита и на боли подъ ложечкой, распространяющіяся на различныя мѣста груди. Эти боли существуютъ у больнаго уже около двухъ недѣль.

29. t° урт. и вечер. = 37,7. Хриповъ въ легкихъ гораздо меньше. Глотаетъ жидкости.

30. t. нормальная. Въ легкихъ хрипы исчезли. Сонъ и аппетитъ у больнаго хороши. Глотаетъ жидкости совершенно свободно.

31. Общее состояніе больнаго удовлетворительное. Вѣсъ тѣла = 48,795 gm. Въ лѣвой надключичной ямкѣ найдены, кромѣ одной бывшей раньше, еще двѣ незначительно припухшія лимфатическія железки.

1-го по 6-е января. Общее состояніе больнаго безъ перемѣны. Лимфатическія железы въ лѣвой надключичной ямкѣ значительно увеличились въ объемѣ. Моча по количеству и качеству нормальна. Вѣсъ = 48,900 gm.

Съ 10-го по 14-е января у больнаго было затрудненное глотаніе жидкой пищи.

15-го—затрудненіе глотанія исчезло и больной снова началъ хорошо глотать жидкости. Въ правой надключичной ямкѣ появилось нѣсколько увеличенныхъ лимфатическихъ железокъ. Здѣсь по временамъ больной чувствуетъ стрѣляющія боли. Вѣсъ = 49,000 gm.

16—22. Особенныхъ перемѣнъ не замѣчено. Больной видимо поправляется, вѣсъ тѣла наростаетъ = 50,000 gm. Глотаетъ свободно жидкую пищу.

23. Больной глотаетъ жидкую пищу съ нѣкоторымъ затрудненіемъ.

25. Затрудненіе глотанія постепенно увеличивается. Больной глотаетъ пищу маленькими глотками и чрезвычайно медленно. Жалуется на голодъ.

27. Больной жалуется на боли въ правой половинѣ затылка. Лимфатическія железы въ правой надключичной ямкѣ увеличились болѣе, а въ лѣвой остаются безъ видимой перемѣны. Давленіе на область epigastrii болѣзненно. Отправленія кишечника правильны. Жидкую пищу глотаетъ съ большимъ трудомъ.

30. Жалуется на боли въ головѣ и въ области желудка. Глотаніе нѣсколько свободнѣе.

1-го февраля. Вѣсъ тѣла = 51,000 gm. Въ области epigastrii очень неясно ощупывается опухоль; эту область нельзя ощупать хорошо по случаю болей, которыя при этомъ являются. Глотаніе затруднительно.

4. Сегодня утромъ у больнаго былъ знобъ, t. поднялась до 40,2°. Тщательное изслѣдованіе внутреннихъ органовъ ничего не даетъ, кромѣ болѣзненности въ области epigastrii. Вечеромъ t° = 39,7. Глотаетъ жидкую пищу съ большимъ трудомъ.

5. Утр. и вечер. t° тѣла = 39,3. Жалобъ никакихъ нѣтъ. Ѣстъ мало, глотаетъ также трудно.

6. t. утр. = 39,2; вечер. = 39,5. Вчера вечеромъ вдругъ больной замѣтилъ, что жидкая пища проходитъ большими глотками и сегодня глотаетъ совершенно свободно. Въ легкихъ распространенные ronchi sonores.

7. t. утр. = 38,1; вечер. = 38,8. Вчера вечеромъ началась икота, которая продолжалась всю ночь, не смотря на подкожное впрыскиваніе морфія и ледъ на область epigastrii. Глотаетъ жидкую пищу совершенно свободно. Боли въ области epigastrii гораздо сильнѣе.

8. t. утр. = 39,1; вечер. = 38,7. Икота продолжается. Животъ напряженъ; область epigastrii болѣзненна; подкожныя вены живота съ правой стороны рѣзко выражены. Около нижняго угла правой лопатки найдено легкое припуханіе.

9. t. утр. = 38,5; вечеромъ = 40,3. Икота сильнѣе; боли по всей правой половинѣ живота. Вѣсъ тѣла 47,000 gm.

10—11. t. тѣла повышена. Икоты временами не бываетъ.

12. t. утр. = 38,4; вечер. = 39,2. Икота менѣе и рѣже. Глотаетъ свободно. Животъ менѣе напряженъ и менѣе болѣзненъ, однако ощупать ничего нельзя. Тоны сердца глухи. Въ легкихъ масса хриповъ, въ заднихъ доляхъ гипостазы. Больной значительно ослабѣлъ.

14. t. утр. = 37,6; вечер. = 38,7. Въ правомъ колѣнномъ составѣ появился болѣзненный выпотъ. На тылѣ правой кисти найденъ абсцессъ съ лимфангоитомъ, распространяющимся вверхъ по предплечью. На тылѣ лѣвой кисти и предплечья тоже найденъ lymphangoitis. Икота гораздо рѣже. Больной сильно ослабѣлъ.

17. Температура по прежнему высока. На тылѣ правой кисти гнойникъ высосанъ шприцемъ. На тыльной поверхности нижней четверти лѣваго предплечья образовалась краснота кожи и болѣзненность при давленіи.

19. На крестцѣ и ладыжкахъ образовываются пролежни. Правый колѣнный составъ въ томъ-же состояніи. На срединѣ праваго предплечья повидимому образовывается межмышечный гнойникъ. На нижнемъ концѣ лѣвой ulnae образовался абсцессъ, который высосанъ. Больной сильно ослабѣлъ; легкая желтуха. Въ легкихъ гипостазъ увеличивается. Лихорадочное состояніе продолжается.

21. t. утр. = 38; вечер. = 39,4. Больной сонливъ и апатиченъ. Пульсъ слабый. На правомъ предплечьѣ образовался абсцессъ.

22. t. утр. и вечер. = 39,9. Сопорозное состояніе больнаго. Пульсъ 120, интевидный. Въ легкихъ клокочущіе хрипы. Дыханій = 30.

23. Больной умеръ въ 10 часовъ утра. Передъ смертью t° = 39,5.

Autopsia. Мягкая мозговая оболочка и вещество мозга отечны. Легкія свободны, ткань ихъ проходима для воздуха, при разрѣзѣ выдѣляется большое количество пѣнистой жидкости (отекъ). Въ верхушкѣ праваго легкаго находится узелъ величиною съ волошскій орѣхъ, при разрѣзѣ котораго выходитъ гноевидная жидкость. Мускулатура сердца вялая, дряблая. Полулунныя заслонки аорты въ состояніи атероматознаго перерожденія въ незначи-

тельной степени. На двустворчатой заслонкѣ тоже найдены атероматозныя бляшки. Intima аорты покрыта бляшками атероматознаго, фибринознаго и отчасти известковаго характера. На спиртовомъ препаратѣ въ нижней трети пищевода, нѣсколько выше входа въ желудокъ, на пространствѣ 6 сант., стѣнки его инфильтрированы, значительно утолщены, тверды. Инфильтратъ занимаетъ всю стѣнку пищевода и образуетъ съуженіе, пропускающее гусиное перо. На внутренней поверхности инфильтрированной части находится опоясывающая язва съ вывороченными, неправильными, твердыми краями и мелкобугристымъ дномъ. Въ разрѣзѣ инфильтратъ состоитъ изъ однородной бѣлой массы, довольно ломкой и твердой. Чрезъ ножки діафрагмы въ брюшную полость выдается нѣсколько мозговидныхъ узелковъ, окружающихъ входъ въ желудокъ. Въ сальникѣ надъ pancreas заключается густая гноевидная жидкость, окружающая нѣсколько узловъ мозговиднаго характера, достигающихъ величины лѣснаго орѣха. Слизистая оболочка желудка, кромѣ блѣдности, ничего особеннаго не представляетъ; полость желудка мала. Въ надпочечной клѣтчаткѣ съ правой стороны заключается густая гнойная масса. Правая почка больше лѣвой. При разрѣзѣ въ обѣихъ почкахъ венозный застой. Въ кишкахъ, кромѣ блѣдности слизистой оболочки, ничего не найдено. Печень увеличена въ толщину, ткань ея буроватаго цвѣта. Селезенка немного увеличена, pulpa ея дрябла. Въ полости праваго колѣннаго состава содержится чистая гноевидная жидкость. Въ различныхъ мѣстахъ тѣла въ подкожной клѣтчаткѣ и между мышцами, а также около нѣкоторыхъ составовъ, найдены небольшія скопленія гноевидной густой жидкости. Костный мозгъ желтаго цвѣта. При микроскопическомъ изслѣдованіи среди сильно развитой соединительной ткани найдены гнѣзда различной величины и формы, состоящія изъ мелкихъ клѣтокъ, безъ всякаго промежуточнаго вещества, съ однимъ или двумя ядрами. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ препарата соединительно-тканная основа очень сильно развита и раковыя гнѣзда представляются въ видѣ щелей, но въ другихъ мѣстахъ она, напротивъ, мало развита, такъ что представляется картина мозговика. Волокнистый ракъ.

30. Больной *Алексѣй Кириловъ*, поступилъ въ клинику 7-го ноября 1884 года, жалуясь на невозможность проглатыванія твердой пищи и затрудненіе при глотаніи жидкой.

Anamnesis. Больному 48 лѣтъ отъ роду, торговецъ; вся его семья, состоящая изъ 5 дѣтей и жены, здоровая; сифилисомъ никогда не болѣлъ. До 32-хъ лѣтъ не пилъ никакихъ спиртныхъ напитковъ, съ 32 до 35 лѣтъ пилъ много пива и крѣпкихъ винъ (водки мало) и за эти три года было три раза delirium tremens potatorum; съ 35 лѣтъ почти совершенно не пьетъ спиртныхъ напитковъ. Полтора года тому назадъ сталъ страдать болью подъ ложечкой, уменьшеніемъ аппетита и отрыжкой послѣ пріема пищи. Въ мартѣ 1884 года больной въ первый разъ почувствовалъ легкое затрудненіе глотанія кусковъ твердой пищи; это затрудненіе увеличивалось до іюля мѣсяца, а въ іюлѣ больной принужденъ былъ совершенно отказаться отъ твердой пищи и сталъ питаться исключительно жидкой и полужидкой. 20-го—27-го августа, послѣ усиленной ходьбы, была два раза рвота кровью свернувшейся и жидкой въ большомъ количествѣ (болѣе фунта). Въ настоящее время больной питается жидкой пищей, эту пищу глотаетъ понемногу и съ трудомъ; часть пищи выходитъ обратно, такъ что больной постоянно чувствуетъ голодъ. Страдаетъ запорами дня по два.

Status praesens. Больной средняго тѣлосложенія, довольно сильно истощенъ, panniculus adiposus слабо развитъ, мускулатура порядочно развита, скелетъ правильный, на кожѣ ничего особеннаго не замѣчается. Животъ умѣренно втянутъ, при ощупываніи ничего ненормальнаго не найдено. При перкуссіи и аускультаціи груди тоже не найдено ничего ненормальнаго, только тоны сердца глуховаты, но чисты. Артеріосклерозъ умѣренно развитъ. Доступныя ощупыванію лимфатическія железы не увеличены. При введеніи зонда въ пищеводъ, самая малая олива не проходитъ въ желудокъ, а останавливается на разстояніи 33 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ. Diagnosis—cancer oesophagi. Прежде, съ 2-го октября по 7-е ноября, больной пользовался амбуляторно. Жидкую пищу онъ тогда глоталъ съ небольшимъ затрудненіемъ, почему ему было назначено два раза въ

недѣлю введеніе зонда (Cathétérisme appuyé) и всякій разъ послѣ катетеризаціи больной гораздо лучше глоталъ пищу и субъективно лучше себя чувствовалъ. За все это время зондъ ни разу не проходилъ въ желудокъ и ни разу на оливѣ не замѣчалось крови. Олива останавливалась на разстояніи 32—34 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ, слѣдовательно съуженіе пищевода находилось на 17—19 сант. отъ начала пищевода, т. е. въ нижней его трети. Не смотря на леченіе, больной продолжалъ худѣть и слабѣть силами, а главное мучали его голодъ и жажда, почему и предложена была gastrostomia, съ каковою цѣлью больной поступилъ въ клинику.

8-го ноября, въ 11 часовъ утра, операція была произведена проф. С. П. Коломнинымъ подъ хлороформомъ съ соблюденіемъ всѣхъ правилъ антисептики. Кожный разрѣзъ in regio epigastrii длиною $6^1/_2$ сант. шелъ параллельно лѣвому реберному краю, отъ котораго отстоялъ на 2 сант.; отъ мечевиднаго отростка верхне-внутренній край разрѣза отстоялъ на 4 сант. и на $2^1/_2$—3 сант. влѣво отъ срединной линіи; вскрыта vagina m. recti abdominis sinistri, по желобоватому зонду разрѣзана задняя пластинка и прежде вскрытія cavi peritonei, чрезвычайно тщательно остановлено было кровотеченіе, причемъ сосуды перевязаны дезинфецированнымъ шелкомъ и послѣ этого разрѣзана брюшина. Въ ранѣ представилась глазамъ colon transversum, которая указательнымъ и среднимъ пальцами правой руки оператора оттянута книзу и потомъ тотчасъ же этими же пальцами захваченъ былъ желудокъ и безъ особеннаго натяженія извлеченъ черезъ рану брюшной стѣнки. Во время отыскиванія желудка пульсъ весьма ясно замедлялся. Убѣдившись по извѣстнымъ признакамъ, что захваченный органъ есть желудокъ, операторъ, приблизительно на серединѣ между большой и малой кривизной желудка, чтобы избѣжать крупныхъ кровеносныхъ сосудовъ, наложилъ на стѣнки его двѣ толстыя изъ дезинфецированнаго шелка лигатуры на разстояніи сант. 5-ти одна отъ другой, и такимъ образомъ желудокъ былъ фиксированъ въ ранѣ. Затѣмъ наложено было 8 глубокихъ швовъ изъ серебряной проволоки, захватывающихъ всю толщу брюшной стѣнки и серозную и мышечную оболочки желудка, строго избѣгая раненія слизистой оболочки его. Шелковыя лигатуры, фиксирующія желудокъ въ углахъ раны, тоже употреблены были вмѣсто глубокихъ швовъ. Между этими глубокими швами наложено было еще 8 поверхностныхъ, соединяющихъ peritoneum parietale cum peritoneo viscerali. Такимъ образомъ передняя желудочная стѣнка закрывала просвѣтъ брюшной раны. Изъ 8 серебряныхъ глубокихъ швовъ было наложено четыре 8-ми-образныхъ (2 вверху и 2 внизу). Послѣ операціи рана присыпана іодоформомъ, наложено нѣсколько пластовъ іодоформной марли и салициловой ваты на пространствѣ нижней половины грудной и верхней половины брюшной полостей и забинтовано фланелевымъ бинтомъ. In rectum поставленъ лекарственный клистиръ изъ 20 капель T—rae opii. Температура веч.=38,2, до операціи=36,5.

9-го ноября. Температура утромъ = 36,8; вечеромъ = 37,1. Самочувствіе хорошее, сонъ тоже хорошъ; боли въ области раны умѣренныя; жалуется на головокруженіе и тошноту. Оказалось, что больной не можетъ мочиться, но въ пузырѣ найдена моча (изслѣдованіе per rectum), почему эластическимъ катетеромъ выпущено было 400 куб. сант. мочи, насыщенной, кислой реакціи, уд. в. = 1015. Ненормальныхъ составныхъ частей въ мочѣ не найдено. Кормится больной молокомъ, бульономъ, 4 яйца и мяснаго сока ℥IV; голода не чувствуетъ. Повязка не мѣнялась.

10-го ноября. Температура нормальна. Моча выводится катетеромъ 3 раза въ день. Суточное ея количество = 1000 куб. сант.; ненормальныхъ составныхъ частей не содержитъ. Повязка тоже не мѣнялась. Тошноты и головокруженія нѣтъ.

11-го ноября. Общее состояніе больнаго хорошее; выпиваетъ въ сутки 2 бутылки молока, 5 яицъ, порцію бульона, мяснаго сока ℥IV и вина (марсала) ℥jj. Моча выводится катетеромъ, суточное ея количество = 900 куб. сант., уд. в. 1015. Въ 3 часа дня повязка снята, причемъ рана имѣла весьма хорошій видъ. Желудокъ вскрытъ троакаромъ и въ отверстіе вставлена дренажная трубка, чрезъ которую введена въ желудокъ въ нѣсколько пріемовъ смѣсь изъ 4 яицъ, 1 кружки молока, 1 стакана бульона, пептонъ бульона ℥jj и

вина ʒj. Со дня вскрытія желудка рана присыпалась іодоформомъ и покрывалась компрессами изъ мягкой марли.

12-го ноября. Послѣ кормленія больнаго тошнило, почему назначено вводить пищу малыми порціями. Сегодня больной въ первый разъ послѣ операціи началъ самопроизвольно мочиться (трое сутокъ страдалъ задержаніемъ мочи). Была дефекація.

15-го—18-го ноября. Швы удалены, заживленіе раны per primam intentionem.–Тошнота послѣ пріема пищи продолжается, а одинъ разъ была даже рвота. Въ желудочный свищъ вставлена дренажная трубка большаго калибра.

21 го—23-го ноября. Больной питается хорошо, тошнота прошла, чувствуетъ себя прекрасно, сидитъ на кровати. Рана зарубцевалась. Разрѣшена твердая пища. Вмѣсто дренажной трубки въ желудочный свищъ введена серебряная канюля, закрывающаяся пробкой и удерживаемая эластической лентой, лежащей вокругъ живота. Больной разжевываетъ твердую пищу, вводитъ изо рта въ трубку, по которой она проходитъ въ желудокъ. Если же пища задерживается въ трубкѣ, тогда больной стилетомъ проталкиваетъ ее. Жидкая пища прямо вливается черезъ трубку въ желудокъ.

26-го ноября. Больной выписанъ изъ клиники значительно поправившимся, въ прекрасномъ настроеніи духа, такъ какъ послѣ операціи его не мучилъ ни голодъ, ни жажда, хотя онъ и жаловался на слюнотеченіе и сухость во рту.

30-го ноября. Больной явился въ клинику съ жалобами на то, что содержимое желудка просачивается и разъѣдаетъ кожу вокругъ фистулы. Дѣйствительно оказалось, что, возвратясь изъ клиники домой и чувствуя себя бодрымъ, больной горячо принялся за свои дѣла, усиленно ходилъ, неправильно питался и мало обращалъ вниманія на фистулу, слѣдствіемъ чего явилось просачиваніе содержимаго желудка изъ фистулы. Тогда больной, думая, что вставленная въ фистулу серебряная канюля слишкомъ тонка, вынулъ ее, навертѣлъ на нее марли и снова ввелъ въ фистулу съ нѣкоторымъ насиліемъ. Послѣ этого просачиваніе желудочнаго содержимаго прекратилось, но черезъ нѣсколько времени снова появилось, кожа вокругъ фистулы сильно покраснѣла и на ней мѣстами образовались ссадины. Больной былъ оставленъ въ клиникѣ. Серебряная канюля вынута и вставлена каучуковая трубка. Назначено правильное кормленіе, тщательная чистота и покой, послѣ чего черезъ нѣсколько дней всѣ эти непріятныя осложненія прошли. Послѣ этого мы ничего не знали о больномъ до 6-го января 1885 года; въ этотъ день я былъ у больнаго и нашелъ, что съ недѣлю тому назадъ, вслѣдствіе небрежнаго его отношенія къ фистулѣ и погрѣшностей въ діэтѣ, у него снова явилось просачиваніе изъ фистулы содержимаго желудка, снова явилась краснота и ссадины на кожѣ вокругъ фистулы; къ этому присоединилось катарральное состояніе желудко-кишечнаго канала, выражающееся уменьшеніемъ аппетита, отрыжкой и тошнотой послѣ пріема пищи и поносомъ,—больной похудѣлъ и ослабѣлъ настолько, что принужденъ лежать въ постели. Ко всему этому съ 4-го января у него всякій разъ при проглатываніи слюны, чая, воды и т. п. является сильный приступъ кашля, соединенный съ удушьемъ, такъ что больной въ настоящее время совершенно пересталъ глотать слюну и отказался вводить жидкую пищу естественнымъ путемъ, что прежде дѣлалъ по временамъ довольно свободно. Такъ какъ больной не въ состояніи глотать слюну, явилось слюнотеченіе, сухость во рту и сильная жажда, которую онъ не можетъ утолить. Не смотря на все это, при соотвѣтствующемъ діэтетическомъ содержаніи, больной сталъ поправляться и 13-го января въ состояніи былъ сидѣть и пройтись по комнатѣ.

18-го января. Я снова былъ у больнаго; онъ жаловался на сильный кашель, который не даетъ ему спать. При выслушиваніи въ нижней долѣ праваго легкаго найдена масса влажныхъ хриповъ и притупленіе перкуторнаго тона. Дыханіе зловонное. Мокрота гнойная и тоже зловонная. Температура тѣла = 39,2. Больной большею частію лежитъ въ кровати и видимо слабѣетъ. Ко всему этому снова явились припадки катарра желудочно-кишечнаго канала, выражающіеся тошнотой и отрыжкой послѣ пріема пищи и поносомъ, до 4 разъ въ сутки, жидкими зеленоватаго цвѣта массами.

22-го января. При моемъ посѣщеніи больнаго я нашелъ тѣ же явленія. Температура тѣла повышена, дыханіе зловонное, мокрота гнойная и тоже зловонная. При выслушиваніи въ нижней долѣ праваго легкаго огромное количество влажныхъ хриповъ, въ остальныхъ доляхъ праваго легкаго и въ лѣвомъ найдено небольшое количество сухихъ и влажныхъ хриповъ; поносъ меньше.

27-го января. У больнаго тѣ же явленія, видимо слабѣетъ. Со стороны желудочной фистулы нѣтъ никакихъ осложненій. Умеръ въ февралѣ мѣсяцѣ. Вскрытіе не было произведено.

31) Больная мѣщанка *Ольга Гавриленко*, 38 лѣтъ, поступила въ клинику 28-го декабря 1881 года съ жалобой на непроходимость даже жидкой пищи.

Anamnesis. Больная уроженка С.-Петербургской губерніи, православнаго вѣроисповѣданія, служила классною дамою въ Александровскомъ дѣтскомъ пріютѣ. О развитіи своей болѣзни она передавала такъ: давно уже страдала запоромъ; въ мартѣ мѣсяцѣ 1881 года у ней появилась боль подъ ложечкой и въ подреберьяхъ, отдающаяся въ лопатки. Въ іюнѣ мѣсяцѣ больная въ первый разъ почувствовала затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Весь августъ глотаніе опять было свободно. Но съ начала сентября твердая пища снова стала проходить съ трудомъ, а недѣли черезъ двѣ совсѣмъ не проходила. До 23-го ноября больная могла еще свободно глотать жидкую пищу, но съ 23-го ноября и жидкая пища проходила уже въ незначительномъ количествѣ, остальное тотчасъ же выводилось обратно рвотою. Больная питалась исключительно питательными клизмами. Лихорадки за все время болѣзни не было. По временамъ появлялась икота, которая однако скоро прекращалась. За послѣдніе два мѣсяца, по словамъ родственниковъ и самой больной, она очень похудѣла и ослабѣла.

Status praesens. При наружномъ осмотрѣ больная найдена очень худою и истощенною. Изслѣдованіе грудныхъ органовъ ничего не дало, кромѣ слабости сердечныхъ тоновъ и анемичныхъ шумовъ въ венахъ. Брюшные органы, за исключеніемъ болѣзненности при давленіи на reg. hypochondrii dextri, также ничего особеннаго не представляли. При изслѣдованіи пищевода зондомъ, въ нижней его части найдено съуженіе, непроходимое для самой малой оливы. Ни въ рвотѣ, ни на зондѣ ничего, кромѣ принятой пищи, не замѣчалось. Больная могла проглатывать небольшими порціями жидкую пищу, причемъ выслушиваніе давало, кромѣ нормальнаго глотка, продолжительный, непосредственно слѣдующій за послѣднимъ, жужжащій шумъ струи, который болѣе или менѣе прерывался. Вечеромъ температура 36,5; пульсъ 90, скорый и мягкій; дыханій 24. Въ виду сильнаго истощенія больной, чтобы дать ей больше силъ къ перенесенію операціи гастростоміи, 29-го декабря, въ 12 часовъ дня, ей сдѣлана была безъ хлороформа предварительная артеріальная трансфузія. Въ периферическій конецъ art. rad. sinistrae было перелито $7^1/_2$ унцовъ дефибринированной крови.

Вся операція продолжалась $^1/_2$ часа. Стазъ былъ непродолжительный. Во время операціи больная ни на что не жаловалась; остальную часть дня провела хорошо. Вечеромъ $t^0 = 36{,}7$. Ночью больная спала четыре часа; два раза у нея появлялась не на долго икота, къ утру появился значительный icterus.

30-го декабря. Общее состояніе удовлетворительно. Въ теченіи дня было два жидкихъ испражненія безъ боли въ животѣ. Глотаніе, по словамъ больной, было свободнѣе. Глотокъ отъ той же чайной ложки при выслушиваніи какъ будто былъ короче. T^0 утр. = 36,5 вечер. $t^0 = 36{,}9$; P. = 96 полный и твердый; R. = 24.

31-го. Желтуха совершенно прошла. Общее состояніе больной, повидимому, лучше; однако 3—4 раза въ сутки была икота. T^0 утр. = 36,3; вечер. = 36,5; P. = 56 замѣтно медленнѣе и тверже; R. = 24.

1-го января 1882 года замѣтныхъ перемѣнъ въ общемъ состояніи больной не было. T^0 утр. = 36,2; вечер. $t^0 = 36{,}5$; P. = 78; R. = 24.

2-го января утромъ подъ хлороформомъ сдѣлана была гастростомія безъ вскрытія самаго желудка. Влѣво отъ срединной линіи живота, параллельно краю реберъ, сдѣланъ

былъ разрѣзъ сверху внизъ и справа налѣво и въ этотъ разрѣзъ восемью металлическими швами вшита была передняя стѣнка желудка. Операція продолжалась 45 минутъ. Спустя 3/4 часа послѣ операціи, изъ раны появилось кровотеченіе, для больной очень большое. P., бывшій до того полнымъ, рѣзко измѣнился,—онъ упалъ. Вслѣдствіе этого больной была сдѣлана вторичная трансфузія,—въ правую arter. radialis было перелито 4½ унц. дефибринированной крови. P. скоро поднялся. Больная положена была на лѣвый бокъ. На рану брюшной стѣнки положенъ былъ пузырь со льдомъ, а рана на рукѣ была стянута полосками липкаго пластыря. Вечеромъ $t^0 = 36,5$; пульсъ сталъ замѣтно опять падать, къ ночи былъ 120, скорый и мягкій. Ночью силы больной были уже очень плохи.

3-го января утромъ была сдѣлана клизма Лейбе, давалось вино. Въ 10 час. $t^0 = 36,3$. P. = 140, нитевидный. Введено было подъ кожу 1/4 драхмы aeth. sulph. Черезъ 2 часа пульсъ сталъ немного лучше. Сдѣлана была еще клизма Лейбе съ виномъ. Въ 2 часа P. опять сталъ быстро падать и въ 3½ часа былъ слабѣе, чѣмъ утромъ. Введено было еще 1/8 драхмы aeth. sulph. подъ кожу. Но P. не улучшался. Больная была въ полномъ сознаніи, жалобы—на полный упадокъ силъ и боли во всемъ тѣлѣ. Въ 4½ часа P. едва прощупывался. Въ 5 час. впрыснуто больной 1/5 драхмы tinct. moschi. P. не улучшился, едва былъ ощутимъ. Въ 5½ час. больная умерла.

Autopsia. Мягкая мозговая оболочка малокровна, тонка, отдѣляется легко; въ боковыхъ желудочкахъ значительное количество сывороточной жидкости; мелкія вены epindimae были налиты кровью; вещество анемично, ткань дрябла. In region. epigrast. влѣво отъ средней линіи рана дюйма въ 3 длиною, идущая параллельно краю реберъ; верхній свободный край раны покрытъ сѣрымъ гноевиднымъ налетомъ; оба края пришиты металлическими швами къ серозной оболочкѣ ventriculi; на днѣ раны видна серозная оболочка желудка. Сердце немного уменьшено въ объемѣ; лѣвый желудочекъ сердца сжатъ; мускулатура его буроватаго цвѣта; на правой половинѣ значительное развитіе жира; въ обѣихъ полостяхъ сердца содержатся сгустки крови. Клапаны безъ измѣненій. Лѣвое легкое въ верхней части сращено съ грудною клѣткою старыми ложными перепонками; верхушка легкаго эмфизематозна; передній отдѣлъ малокровенъ; въ задней части 2 темныхъ фокуса каждый величиною въ лѣсной орѣхъ. Верхушка праваго легкаго также срощена съ грудною стѣнкою старыми ложными перепонками; передній отдѣлъ праваго легкаго эмфизематозенъ и малокровенъ; въ задней части на периферіи четыре темнаго цвѣта фокуса, три изъ нихъ величиною въ конопляное зерно, а одинъ въ лѣсной орѣхъ; остальные отдѣлы легкихъ тоже малокровны. Всѣ фокусы въ верхушкахъ легкихъ при давленіи даютъ пѣнистую жидкость. Между раздвинутыми пучками musculi obliqui abd. ext подъ верхними краями раны кровоизліяніе. Печень малокровна; лѣвая доля ея утолщена; ткань въ разрѣзѣ блѣдна; на поверхности выступаютъ темныя пятна. Желчный пузырь наполненъ жидкостью дегтярнаго цвѣта, растянутъ. По вскрытіи брюшной полости, наружные края раны соотвѣтствуютъ части желудка на большой кривизнѣ около дна; въ нижней части oesophagi, выше cardiae, находится опухоль, съуживающая просвѣтъ его, величиною въ небольшое куриное яйцо. Часть опухоли, находящейся на задней стѣнкѣ oesophagi, представляетъ разрушеніе; боковыя части опухоли плотны, бѣлаго цвѣта. Слизистая оболочка желудка блѣдно-зеленовато-грязнаго цвѣта; въ полости содержится густая жидкость. Селезенка довольно плотна; капсула ея утолщена; величина нормальна. Pancreas блѣдна. Обѣ почки увеличены въ объемѣ; лоханки растянуты, блѣдны; при давленіи, изъ сосочковъ пирамидъ вытекаетъ мутная жидкость, ткань почекъ плотна. Просвѣтъ тонкихъ кишекъ очень малъ; слизистая оболочка ихъ блѣдна, стѣнки тонки; въ нижней части жидкость фекальнаго характера. Въ толстыхъ кишкахъ значительное количество плотныхъ фекальныхъ массъ. Слизистая оболочка мочеваго пузыря блѣдна. На поверхности яичниковъ экстравазаты. Матка представляетъ легкое искривленіе впередъ; стѣнки ея блѣдны и плотны; каналъ очень малъ. На микроскопическихъ срѣзахъ видны эпителіальныя гнѣзда разнообразной формы, заложенныя среди довольно обильной соединительной ткани. Гнѣзда состоятъ изъ большихъ плоскихъ эпителіальныхъ клѣтокъ, которыя большею частью,

вслѣдствіе концентрическихъ наслоеній, образуютъ жемчужины. Раковыя гнѣзда встрѣчаются и среди пучковъ мышечной ткани. Плоско-эпителіальный ракъ.

32) Больной отставной рядовой *Фрицъ Сугуттъ*, сапожникъ, 63 лѣтъ, поступилъ въ клинику 31-го декабря 1885 года.

Anamnesis. Раньше всегда былъ здоровъ и велъ трезвую жизнь. Женатъ и всѣ семейные здоровы. Со стороны наслѣдственности ничего нѣтъ. Ни сифилиса, ни уретрита не имѣлъ, точно также на кожѣ никогда не было никакихъ сыпей. Больной куритъ очень много и нѣсколько лѣтъ уже какъ страдаетъ кашлемъ, особенно по утрамъ. Боленъ около двухъ лѣтъ. Прежде приблизительно въ продолженіи года больной чувствовалъ жженіе, а временами колющія боли въ области желудка, аппетитъ уменьшился, тошноты и рвоты не было. Въ концѣ декабря 1884 года больной въ первый разъ почувствовалъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Это затрудненіе глотанія постепенно усиливалось и около апрѣля мѣсяца больной пересталъ принимать твердую пищу, сталъ питаться полужидкой, которая временами хорошо проходила, но иногда останавливалась и тотчасъ же регургитировалась. Вмѣстѣ съ этимъ больной сталъ чувствовать боли въ груди и между лопатками, часто стала появляться мучительная икота, а впослѣдствіи явились запоры; кровохарканія никогда не было. Съ мѣсяцъ тому назадъ больной сталъ исключительно питаться жидкой пищей, которая послѣднія недѣли двѣ проходитъ съ большимъ трудомъ, такъ что больной постоянно чувствуетъ голодъ. Значительно похудѣлъ и ослабѣлъ. Сердцебіеніемъ и одышкой больной не страдаетъ. Жалуется на сильный голодъ.

Status praesens. Больной сильно истощенъ, животъ корытообразно втянутъ. Костная система не представляетъ ничего особеннаго. Артеріосклерозъ умѣренный. Постоянно у больнаго отрыжка; грудь нормальна, перкуссія ничего не даетъ, кромѣ небольшой эмфиземы; при выслушиваніи вездѣ везикулярное дыханіе, мѣстами слышны хрипы. Тоны сердца и сосудовъ чисты, только первый тонъ сердца немного глуховатъ. Лѣвая доля печени увеличена въ объемѣ и болѣзненна при ощупываніи; селезенка не увеличена. Шея нормальна, лимфатическія железы не увеличены. При зондированіи пищевода самая малая олива останавливается на 36,5—37 сант. отъ зубовъ. Diagnosis—cancer oesophagi.

1-го ноября t. утр.=36,4; вечер.=36,2, Больной съ большимъ трудомъ глотаетъ жидкую пищу. Суточное количество мочи=550 к. с., уд. в =1028, кислой реакціи, бѣлка нѣтъ; мочевины 19 gm, хлоридовъ 5,4. Въ правой верхушкѣ легкаго слышенъ выдыхъ и ronchi subcrepitantes. Первый тонъ сердца глухъ и нечистъ. Назначены питательные клистиры Leube.

2.—t⁰. утр.=36. Въ часъ дня больному проф. С. П. Коломнинымъ сдѣлана гастростомія подъ наркозомъ смѣси изъ 2 частей хлороформа и одной части эфира. Разрѣзъ около $6^1/_2$ сант. длины параллельно лѣвому реберному краю, отступя отъ средней линіи на 3 сант. влѣво и на $1^1/_2$—2 сант. ниже ложныхъ реберъ. По вскрытіи брюшной полости воздухъ съ шумомъ вошелъ. Желудокъ тотчасъ же былъ найденъ и пришитъ къ краямъ брюшной раны 16-ю серебряными швами, изъ нихъ 9 поверхностныхъ и 7 глубокихъ 8-образныхъ. Шелковыя лигатуры, удерживающія желудокъ, были удалены и на мѣстѣ ихъ наложены пристѣночныя лигатуры. Сейчасъ же послѣ операціи тонкимъ троакаромъ вскрытъ былъ желудокъ и вставлена дренажная трубка, чрезъ которую въ желудокъ введено было около стакана профильтрованной чрезъ марлю смѣси изъ молока, бульона, яйца и вина. Наложена простая повязка. Послѣ операціи больной жаловался на боли, жженіе въ ранѣ и особенное непріятное ощущеніе, точно весь животъ тянутъ. На рану былъ положенъ мѣшокъ со льдомъ. t^0 вечер.=36,4; пульсъ 44, полный. Впрыскиваніе эфира, послѣ чего пульсъ=56—59.

3.—t^0 утр.=37,5; вечер 38. Ночью кашель не давалъ больному спать. Пульсъ=78—80, полный. Животъ особенно не чувствителенъ. Больнаго мучаетъ жажда, пробовалъ глотать воду, но она не проходитъ. Назначены кусочки льда, вдыханіе дегтярной воды изъ Вульфовой склянки и morphium въ порошкахъ. Кормленіе дѣлается чрезъ 3 часа. Суточное количество мочи=500 к. с., уд. в.=1028, кислая, насыщенная, бѣлка нѣтъ.

4—6. t—нормальная. Реакція раны умѣренная, кашель продолжается. Мокрота густая, клейкая, желтовато-бѣлаго цвѣта. Мочи 450 к. с., кислая, насыщенная, уд. в.=1030.

7—10. t°. утр. нормальная, вечер. повышается до 38. Въ легкихъ масса влажныхъ хриповъ. Мокрота слизисто-гнойная съ запахомъ. Мочи отъ 600—700 к. с., уд. в.=1027. Реакція раны крайне вялая.

11. t°—нормальная. Сняты всѣ поверхностные швы.

12—13. t°—нормальная. Появился сильный поносъ, вслѣдствіе чего больной ослабѣлъ. Жалуется на жажду. Около швовъ образовались маленькіе нарывчики. Сняты всѣ глубокіе швы. Мочи 250 к. с., чрезвычайно насыщенной, мутной, съ большимъ осадкомъ кирпичнаго цвѣта, растворяющагося при подогрѣваніи; бѣлка нѣтъ. Назначены крахмальные клистиры съ опійной настойкой.

14—15. Общее состояніе больнаго ухудшается, слабость прогрессируетъ. Поносъ прекратился. Кашель продолжается, выдѣляется большое количество зловонныхъ гнойныхъ массъ. Гипостазы въ легкихъ. Въ ранѣ грануляціи распадаются. Мочи 450 к. с.

16.—Вблизи наружнаго угла раны въ толщѣ брюшной стѣнки образовалась припухлость, кожа покраснѣла, боли. t° тѣла=39; P.=60. Жажда сильная. Аппетита нѣтъ, проситъ его не кормить. Кашель съ обильной зловонной мокротой; зловонное дыханіе. Поносъ жидкими вонючими массами. Назначены крахмальные клистиры съ опійной настойкой.

17—18. На мѣстѣ припухлости въ наружномъ углу раны образовался небольшой гнойникъ, который вскрытъ; вышло около $^{1}/_{2}$ чайной ложки густаго гноя и извлеченъ оставленный серебряный шовъ. Въ легкихъ тѣже явленія. Поносъ прекратился. Мочи 400 к. с., насыщенная, съ обильнымъ осадкомъ уратовъ.

19. Больной крайне слабъ, въ состояніи прострація. Отказывается отъ кормленія. Сильная жажда. Поносъ подъ себя. Пульсъ неправильный съ перебоями, трудно сосчитываемый и крайне слабый, около 80. Мочи около 200 к. с.

20. Больной безъ сознанія. Пульсъ нитевидный. Рана сухая. Умеръ въ $4^{1}/_{2}$ часа утра 21-го ноября.

Autopsia. Трупъ представляетъ крайнюю степень исхуданія. На передней стѣнкѣ живота, на разстояніи 2 сант. влѣво отъ linea alba и на 3 сант. ниже лѣвыхъ ложныхъ реберъ, замѣчается рана овальной формы, въ продольномъ размѣрѣ около 5 сант. и въ поперечномъ 3 сант. съ зарубцевавшимися краями. Дно раны образуетъ передняя стѣнка желудка, плотно приросшая къ краямъ ея. Почти по срединѣ чрезъ нее вставлена въ полость желудка дренажная трубка средняго калибра. Правое легкое объемисто, основаніемъ и верхушкой приращено къ грудной стѣнкѣ. Плевра его мутна, покрыта фибринознымъ налетомъ. Ткань легкаго, преимущественно въ нижнихъ доляхъ, большею частью гепатизирована съ расширенными бронхами. Гепатизація эта большею частью въ видѣ гнѣздъ, величиною отъ горошины до куринаго яйца, въ разрѣзѣ сѣровато-краснаго цвѣта. Во многихъ гепатизированныхъ участкахъ замѣчаются полости отъ горошины до лѣснаго орѣха, одержащія ихорозныя, кашицеобразныя массы грязно-сѣраго цвѣта. Мелкіе бронхи одержатъ гноевидную слизь и такія же ихорозныя массы, какъ и въ полостяхъ среди епатизированныхъ участковъ. Лѣвое легкое свободно, въ верхушкѣ очень плотныя гнѣзда игментированныя и омѣлѣвшія. Нижняя доля опеченена. Сердце 11 сант. въ продольомъ и поперечномъ размѣрахъ; жира по бороздкамъ нѣтъ; сосуды подъ pericardium звилисты; полости желудочковъ увеличены, стѣнки истончены, дряблы, буроватаго цвѣта. лапаны нормальны, на intimae аорты небольшія склеротическія утолщенія. Печень ного уменьшена, дрябла, бураго цвѣта. Селезенка сморщена, плотно приращена къ афрагмѣ, малокровна, трабекулы ея утолщены. Почки нормальной величины, ткань ихъ рябла, малокровна; капсула снимается съ трудомъ; въ корковомъ слоѣ разсѣяны въ ольшомъ количествѣ серозныя кисты, величиною съ просяное зерно. На спиртовомъ репаратѣ пищеводъ, на 1 сант. выше входа въ желудокъ на протяженіи 5 сант., предгавляютъ съуженіе; стѣнки его на этомъ мѣстѣ утолщены, тверды, сѣро-аспиднаго,

мѣстами желтоватаго цвѣта; инфильтратъ занимаетъ всю толщину стѣнки пищевода. Слизистая оболочка пищевода въ съуженной части глубоко изъязвлена; язва съ вывороченными, неправильными, твердыми краями и мелкобугристымъ съ глубокими трещинами дномъ. Одна изъ сосѣднихъ лимфатическихъ железокъ увеличена до небольшаго лѣснаго орѣха и превращена въ сплошную однородную опухоль желтоватаго цвѣта. Въ остальныхъ отдѣлахъ пищеводъ измѣненій не представляетъ. Гортань, дыхательное горло и бронхи, кромѣ инъекціи слизистой оболочки, другихъ измѣненій не представляютъ. Бронхіальныя лимфатическія железы увеличены и окрашены въ сѣро-аспидный цвѣтъ. Слизистая оболочка желудка блѣдна. Въ кишкахъ мѣстами гиперемія слизистой оболочки. Мочевой пузырь сжатъ, мышечный слой его значительно утолщенъ, слизистая оболочка слегка гиперемирована. Prostata увеличена, представляетъ со стороны уретры три бугристыхъ возвышенія, изъ которыхъ среднее вдается въ полость мочеваго пузыря. Въ остальныхъ органахъ измѣненій не найдено. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли пищевода, среди довольно обильнаго соединительно-тканнаго остова, найдены раковыя гнѣзда въ видѣ цилиндровъ съ многочисленными отростками, состоящія изъ средней величины плоскихъ эпителіальныхъ клѣтокъ, которыя частью расположены неправильно, а частью образуютъ жемчужины изъ концентрическихъ наслоенныхъ ороговѣвшихъ клѣточныхъ пластинокъ. Раковыя гнѣзда находятся также и среди мышечныхъ пучковъ.— Плоско-эпителіальный ракъ.

33) Больной послушникъ *Петръ Михайловъ*, 46 лѣтъ, поступилъ въ клинику 22-го февраля 1883 года.

Anamnesis. Въ молодые года больной сильно злоупотреблялъ спиртными напитками. Въ первый разъ затрудненіе глотанія твердой пищи появилось въ августѣ 1882 года. Здѣсь больной замѣтилъ, что пища останавливалась на уровнѣ мечевиднаго отростка и тотчасъ-же выходила обратно. Съ этого времени затрудненіе глотанія стало постепенно увеличиваться и въ началѣ декабря больной не могъ глотать твердой пищи и питался только молокомъ и сырыми яйцами, а съ 19-го февраля перестала проходить и жидкая пища. Съ 15-го декабря по 8-е января больной лечился въ клиникѣ проф. С. П. Боткина, гдѣ вѣсъ его колебался отъ 64,200 до 65,200 gm. Три дня уже какъ больной не можетъ ничего проглотить, даже и воды. Жалуется на мучительную жажду и сухость во рту. За послѣднее время сильно ослабѣлъ.

Status praesens. Больной крѣпкаго тѣлосложенія, малокровный и крайне истощенный. Животъ сильно втянутъ; чрезъ брюшную стѣнку прощупываются плотные узлы въ различныхъ мѣстахъ брюшной полости. Печень увеличена и немного болѣзненна. Остальные органы не представляютъ ничего особеннаго. При изслѣдованіи пищевода зондомъ малая олива не проходитъ и останавливается на 37 сант. отъ зубовъ. Больнаго не слабило уже двѣ недѣли. Суточное количество мочи = 340 к. с., насыщенная, уд. в. = 1030, бѣлка и сахара нѣтъ, но содержитъ обильный осадокъ мочевой кислоты. Diagnosis—cancer oesophagi. Назначены питательные клистиры Leube и cathéterisme appuyé два раза въ недѣлю.

25. Клистиры Leube удерживаются хорошо. Cathéterisme appuyé. Послѣ катетеризаціи сталъ глотать молоко.

Далѣе, съ 26-го февраля по 8-е марта, больной каждый разъ послѣ катетеризаціи могъ глотать молоко и этимъ поддерживалъ силы свои довольно удовлетворительно, но съ 9-го марта глотаніе сдѣлалось абсолютно невозможнымъ, каждый глотокъ молока или воды, спустя нѣсколько секундъ, выбрасывался обратно. Силы больнаго настолько упали, что при малѣйшемъ движеніи появлялось головокруженіе, потемнѣніе въ глазахъ и тупость слуха. Вѣсъ = 50,427 gm. Больной умолялъ, чтобы его какъ нибудь накормили. Вслѣдствіе этого, 12-го марта, проф. С. П. Коломнинымъ, при соблюденіи всѣхъ правилъ антисептики и подъ хлороформомъ, сдѣлана была больному гастростомія. Кожный разрѣзъ въ 6 сант. длины параллельно лѣвому реберному краю и отстоящій отъ него на 2 сант. Желудокъ и colon transversum не видны въ ранѣ. Желудокъ удалось легко извлечь и пришить безъ особенныхъ натяженій къ брюшной стѣнкѣ. Наложено 11 глубокихъ

швовъ, проникающихъ чрезъ всю толщу брюшной стѣнки и чрезъ серозную и мышечную оболочки желудка; семь поверхностныхъ швовъ, расположенныхъ въ промежуткахъ между вышеупомянутыми швами и соединяющіе peritoneum parietale cum peritoneo viscerale. Изъ первыхъ 11-ти швовъ—9 металлическихъ восьмиобразныхъ и два шелковыхъ; поверхностные швы тоже шелковые. Послѣ операціи наложена антисептическая повязка. Вечеромъ больной ни на что не жаловался. P=52; t°—нормальная.

13. Температура нормальная. Жалуется на легкую боль вблизи раны во время кашля. Повязка не снималась.

14. Повязка снята; реакція вблизи раны умѣренная. Желудокъ былъ вскрытъ троакаромъ и вставлена дренажная трубка, чрезъ которую была введена жидкая пища. Кормленіе производится чрезъ каждые 3 часа. Послѣ этого рана оставлена открытой подъ компрессами, смоченными въ Буровской жидкости. Заживленіе раны шло безъ всякихъ осложненій; черезъ 6 дней сняты всѣ поверхностные швы, а черезъ 2 недѣли всѣ глубокіе. Больной началъ вводить себѣ въ желудокъ мягкую пищу и рубленую говядину. Аппетитъ очень хорошъ. Чувствуетъ себя очень хорошо и замѣтно пополнѣлъ. Узлы, прощупываемые чрезъ брюшную стѣнку и принимаемые за раковые метастазы, многіе исчезли.

29. Вблизи желудочной фистулы въ толщѣ брюшной стѣнки образовался величиною въ куриное яйцо абсцессъ, который былъ вскрытъ и здѣсь найденъ остатокъ бывшаго шва.

6-го апрѣля. Разрѣзъ гнойника совершенно зарубцевался. Желудочная фистула образуетъ плотное кольцо, тѣсно обхватывающее металлическую канюлю съ діаметромъ=1,3 сант., введенную чрезъ фистулу въ желудокъ. Больной очень поправился. Вѣсъ = 54,016 gm., т. е. прибавился на 9 ф. чрезъ 24 дня послѣ операціи.

20. Больной ходитъ, чувствуетъ себя бодрымъ. Жалуется на жажду и сухость во рту, а также на стрѣляющія боли въ груди, которыя временами то появляются, то исчезаютъ. Больной маленькими глотками сталъ глотать жидкую пищу.

23. Вѣсъ=59,110 gm., т. е. прибавился на 21,2 фунта черезъ 42 дня послѣ операціи

30-го апрѣля. Больной переведенъ былъ въ клинику проф. Чудновскаго, гдѣ 12-го мая внезапно умеръ отъ кровотеченія чрезъ носъ и ротъ, сопровождающагося кровавой рвотой.

Autopsia. Трупъ довольно крѣпкаго сложенія, общіе покровы и мышцы блѣдны. На кожѣ живота, дюйма на 3 ниже и влѣво отъ мечевиднаго отростка грудной кости, находится фистулезное отверстіе, около 2,5 сант. въ діаметрѣ, послѣ гастростоміи. Чрезъ это отверстіе палецъ входитъ въ желудокъ около большой его кривизны и antrum pylori; кругомъ отверстія желудокъ плотно приращенъ къ брюшной стѣнкѣ. Въ остальныхъ мѣстахъ серозная оболочка желудка нормальна и не представляетъ никакихъ патологическихъ срощеній съ сосѣдними частями. Желудокъ наполненъ весьма объемистыми, свѣжими кровяными сгустками. Слизистая оболочка покрыта слизью, морщиниста, блѣдна. На спиртовомъ препаратѣ около cardiae на задней стѣнкѣ желудка слизистая оболочка представляется бугристою вслѣдствіе развитія въ толщѣ ея опухолей плотной консистенціи, бѣловатаго цвѣта; нѣкоторыя опухоли изъязвлены. Съ слизистой оболочки желудка инфильтратъ переходитъ на пищеводъ, занимаетъ всю толщу стѣнокъ его, начиная отъ cardiae вверхъ на протяженіи 12 сант., вслѣдствіе чего просвѣтъ этой части пищевода съуженъ значительно, такъ что съ трудомъ пропускаетъ гусиное перо. Пораженная часть пищевода плотно срощена съ грудной аортой, стѣнки которой инфильтрировались на большей или меньшей глубинѣ. При разрѣзѣ стѣнки инфильтрированной части пищевода утолщены до 6 mm., плотны, бѣловатаго цвѣта; на внутренней поверхности этой части пищевода представляется глубокая круговая язва, распространяющаяся на заднюю стѣнку желудка вблизи его входа; вверху и внизу края раны выворочены, неправильны и тверды; дно язвы мелкобугристо. На задней стѣнкѣ инфильтрированной части пищевода, на 4 сант. ниже верхняго края язвы, найдено отверстіе въ грудную аорту, вслѣдствіе чего образовалось сообщеніе аорты съ пищеводомъ; это отверстіе на intimae aortae имѣетъ около 2-хъ линій въ діаметрѣ. Въ пищеводѣ, дыхательномъ горлѣ и бронхахъ частью жидкая, частью

свернувшаяся кровь. Лимфатическія железы около праваго бронха увеличены, пигментированы и содержатъ бѣловатые узелки. Правое легкое ниже бронха сращено съ пищеводомъ, оттуда язва переходитъ отчасти на легкое, которое вблизи этого мѣста гепатизировано, сѣраго цвѣта. Плевра нижней доли покрыта фибринознымъ налетомъ. Лѣвое легкое плотно сращено съ грудной клѣткой. Ткань обоихъ легкихъ проходима для воздуха, мѣстами эмфизематозна, отечна. Кишки кромѣ блѣдности ничего ненормальнаго не представляютъ; въ тощей кишкѣ небольшое набуханіе солитарныхъ железъ. Сердце сжато, содержитъ очень мало кровяныхъ свертковъ; стѣнки его нормальной толщины, блѣдно-коричневаго цвѣта; клапаны и intima сосудовъ безъ измѣненій. Печень немного сморщена, ткань ея дрябла, малокровна, мускатна; въ верхнихъ слояхъ правой доли найдена опухоль въ лѣсной орѣхъ бѣлаго цвѣта и нѣсколько мелкихъ узелковъ въ конопляное зерно. Селезенка нормальной величины, сморщена и малокровна. Почки блѣдны и плотны. Мягкая мозговая оболочка отечна, снимается легко. Мозгъ содержитъ умѣренное количество крови. Подъ эпендимой, на границѣ праваго corpus striatum и talamus opticus, небольшія гнѣзда краснаго цвѣта. Сосуды основанія мозга не измѣнены. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдены раковыя гнѣзда разнообразной формы и величины, заложенныя то въ скудно развитомъ соединительно-тканномъ остовѣ, то среди толстыхъ пучковъ волокнистой ткани. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ раковыя клѣтки выпали и видны нѣжныя соединительно-тканныя перекладины. Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ эти перекладины развиты, видна инфильтрація грануляціонными элементами. Раковыя гнѣзда находятся во всѣхъ слояхъ пищевода и состоятъ изъ довольно крупныхъ эпителіальныхъ плоскихъ клѣтокъ, которыя имѣютъ большую наклонность образовывать концентрическія наслоенія, вслѣдствіе чего въ большомъ числѣ гнѣздъ раковыя клѣтки по периферіи расположены неправильно, а въ центрѣ видна одна или нѣсколько ороговѣвшихъ жемчужинъ. Въ другихъ мѣстахъ все гнѣздо состоитъ изъ одной большой жемчужины. Плоско-эпителіальный ракъ.

34) Больной крестьянинъ *Никифоръ Осиповъ*, 49 лѣтъ, поступилъ въ клинику 14-го января 1883 года. Лѣтомъ больной лежалъ во второмъ хирургическомъ отдѣленіи клиническаго военнаго госпиталя, гдѣ ему, 20-го іюля 1882 года, была сдѣлана д-ромъ В. П. Діанинымъ гастростомія. По справкамъ оказалось слѣдующее: больной поступилъ въ госпиталь 16-го іюля 1882 года, жалуясь на невозможность проглатыванія твердой пищи и на сильное затрудненіе при глотаніи жидкой, причемъ проглоченная пища большею частью извергалась рвотой. При изслѣдованіи найдено: шея нормальнаго строенія; какой либо опухоли, могущей сдавливать пищеводъ, не имѣется; сифилисомъ не страдалъ. Эластическій желудочный зондъ самаго тонкаго калибра удалось одинъ разъ провести въ желудокъ, причемъ на немъ, вмѣстѣ со слизью и пищевой смѣсью, замѣтна была примѣсь крови; оливу (1/2 сант.) провести до желудка не удалось,—она встрѣчала препятствіе въ нижней трети пищевода. Начало болѣзни годъ назадъ; замѣтное затрудненіе въ проведеніи твердой пищи развилось около февраля 1882 года; начиная съ конца марта, твердая пища уже не проходила; больной питался лишь молокомъ, супомъ и т. п. Въ послѣднее время проведеніе и молока сдѣлалось затруднительнымъ: въ сутки больной могъ проглотить лишь 2—3 стакана. Въ общемъ состояніи здоровья замѣтенъ сильный упадокъ, рѣзкое исхуданіе; больной безъ посторонней помощи можетъ сдѣлать лишь нѣсколько шаговъ; артеріосклерозъ вслѣдствіе обильнаго и продолжительнаго употребленія спиртныхъ напитковъ. Діагнозъ—ракъ пищевода.

20-го іюля сдѣлана гастростомія со всѣми антисептическими предосторожностями. Послойный разрѣзъ въ кожѣ—длиною въ 6 сант.,—въ брюшинѣ въ 4 стм.—начинался на 1 дюймъ ниже мечевиднаго отростка, шелъ паралельно лѣвому краю реберъ, отступя отъ нихъ къ средней линіи тѣла на 1 дюймъ. Желудокъ первоначально былъ взятъ кремальеромъ, затѣмъ черезъ всю толщу его проведены были двѣ крестъ-на-крестъ лежащія акупрессурныя иглы. Часть желудка, захваченная въ полѣ операціи, соотвѣтствовала его передней поверхности,—приблизительно срединѣ между малой и большой кривизной, пальца на 3—4 отъ привратника. Наложено 14 швовъ изъ кэтгута; каждый слой прокалывъ до

подслизистаго слоя желудка и проходилъ черезъ брюшину, мускульный слой живота и кожу; въ хвостахъ кожной раны наложено 4 шва тоже изъ кэтгута. Черезъ обшитую часть желудка проведена дезинфецированная шелковая нитка и укрѣплена на валикѣ; положенномъ поперекъ раны. Операція продолжалась 1 часъ, наложена листеровская перевязка. Во время операціи, въ моментъ наложенія кремальера на желудокъ и его извлеченія наружу, ясно было замѣтно рѣзкое замедленіе сердечной дѣятельности, близкой къ полной остановкѣ; при опусканіи желудка сердце тотчасъ начинало усиленно функціонировать; такъ повторялось до трехъ разъ. Такъ какъ больной могъ глотать жидкую пищу, то ему позволено было принимать малыми глотками пептонъ-бульонъ и вино. Теченіе раны безъ лихорадки. 22 іюля желудокъ былъ вскрытъ разрѣзомъ длиною въ $^1/_2$ сант. и введена дренажная трубка, чрезъ которую больнаго кормили. 26 дренажная трубка была замѣнена трахеотомической канюлей. Ко 2 августу рана окончательно зарубцевалась и больной сталъ ходить. Съ этого времени общее состояніе здоровья замѣтно начало поправляться: больной прибывалъ въ вѣсѣ, укрѣплялся въ силахъ, былъ въ хорошемъ расположеніи духа. Прибыль въ вѣсѣ шла такимъ образомъ; передъ операціей — 43,2 килогр., послѣ операціи: 1 августа=43,7 килогр.; 14 августа=44,2 килогр; 28-го=44,8; 14-го сентября=45,4 килогр. Слѣдовательно, въ каждыя двѣ недѣли прибыль въ вѣсѣ выражалась приблизительно $1^1/_4$ фунта, за время же пребыванія въ клиникѣ со дня операціи, въ теченіи 2 мѣсяцевъ и 10 дней, больной прибылъ въ вѣсѣ на $5^1/_2$ фунтовъ. Въ сентябрѣ больной выписался изъ госпиталя. Дома больной занимался мелкой механической работой и могъ безъ особеннаго утомленія проходить пѣшкомъ версты три. Кормленіе шло частью чрезъ фистулу, частью же естественными путями. Такъ продолжалось до 12 января 1883 года, когда ночью вслѣдствіе кашля у больнаго выпала изъ фистулы канюля, которую больной не могъ самъ ввести и 14 января былъ принятъ въ нашу клинику. Здѣсь при осмотрѣ оказалось: фистулезный ходъ съуженъ, черезъ него проходитъ лишь обыкновенный металлическій зондъ. Введенъ ляминарій, который на слѣдующій день замѣненъ другимъ, болѣе толстымъ; 16 января введена канюля. Вѣсъ больнаго=44,3 килограмма. Какъ только возстановилось правильное кормленіе больнаго, быстро началось и наростаніе вѣса. 23-го января=44,8 к.; 30-го=45,2 к. Такимъ образомъ больной достигъ почти прежняго вѣса. Кормленіе продолжалось по прежнему; жидкости—черезъ пищеводъ, твердая пища черезъ фистулу. Въ теченіи февраля больной былъ сравнительно въ хорошемъ состояніи; съ половины марта онъ сталъ апатичнымъ, большую часть времени былъ въ постели; рѣзко выраженный артеріосклерозъ лучевыхъ и бедренныхъ артерій, пульсъ весьма слабый. Съ апрѣля больной безъ посторонней помощи не вставалъ съ постели, потерялъ аппетитъ, пища вводилась въ меньшемъ количествѣ, испражненія съ помощію клизмы черезъ два дня. При явленіяхъ сильнаго истощенія смерть утромъ 25 апрѣля. Больной жилъ послѣ операціи 9 мѣсяцевъ и 4 дня.

Autopsia. Трупъ представляетъ высокую степень исхуданія; общіе покровы и мышцы блѣдны. Кости черепа склерозированы. Pia отечна, малокровна, снимается легко. Arachnoidea мутна; на ней замѣчаются значительно развитыя пахіоновы грануляціи, проникающія чрезъ твердую оболочку до костей черепа. Ткань мозга блѣдна, отечна, умѣренной плотности; сосуды на основаніи мозга безъ измѣненій. Легкія свободны, ткань ихъ отечна; въ верхнихъ доляхъ находятся очень плотные пигментированные узлы съ творожистымъ содержимымъ, величиною не болѣе лѣснаго орѣха. Въ верхней долѣ праваго легкаго находится бѣловатый, довольно плотный узелъ въ горошину, дающій при выскабливаніи сокъ. Сердце немного уменьшено, жиръ по бороздамъ атрофированъ; сосуды надъ pericardium извилисты, утолщены; стѣнки желудочковъ истончены, мышцы ихъ блѣдно-коричневаго цвѣта, мягки. Клапаны безъ измѣненій; на intima aortae склеротическія утолщенія. Бедренная и лучевая артеріи утолщены, плотны, съ уменьшеннымъ просвѣтомъ, сплошь склерозированы, на ощупь даютъ впечатлѣніе птичьяго дыхательнаго горла. На брюшной стѣнкѣ, дюйма на 2 книзу и нѣсколько влѣво отъ мечевиднаго отростка, находится свищевое отверстіе, около 1 стм. въ діаметрѣ, съ глад-

кими краями, состоящими изъ рубцевой ткани, ведущее въ полость желудка. Желудокъ на передней стѣнкѣ, по срединѣ около большой кривизны, представляется плотно срощеннымъ съ брюшной стѣнкой, кругомъ вышеуказаннаго фистулезнаго отверстія. Въ окружности срощенія находится небольшое количество старыхъ ложныхъ перепонокъ между желудкомъ и брюшною переднею стѣнкой. Слизистая оболочка желудка блѣдна, покрыта тонкимъ слоемъ слизи. На задней сторонѣ желудка между cardia и дномъ довольно глубокая язва, около 6 сант. въ діаметрѣ, съ плотными валикообразно выдающимися краями. Въ области язвы стѣнка желудка утолщена и плотна. Въ остальныхъ отдѣлахъ желудка измѣненій нѣтъ. Пищеводъ во всей нижней трети, на протяженіи около 7 стм., съуженъ преимущественно при входѣ въ желудокъ, вслѣдствіе значительнаго утолщенія и уплотненія его стѣнокъ. Слизистая оболочка глубоко изъязвлена. Утолщенныя стѣнки пищевода имѣютъ бѣловатый цвѣтъ и при соскабливаніи даютъ немного соку. Язва изъ пищевода непосредственно сливается съ язвой желудка. Утолщенная часть пищевода въ верхнемъ своемъ отдѣлѣ плотно срощена съ правымъ бронхомъ. Нѣкоторыя лимфатическія железы вдоль малой кривизны желудка плотны, увеличены. Pancreas плотна. Печень уменьшена въ объемѣ, мускатна, блѣднокоричневаго цвѣта, мягка; подъ капсулой, преимущественно въ правой долѣ, находятся опухоли въ формѣ мозговидыхъ узловъ, величиною въ бобъ. Въ остальныхъ органахъ особенныхъ измѣненій, кромѣ блѣдности, не замѣчается. Микроскопическое изслѣдованіе пищевода показало слѣдующее: на срѣзахъ видны различной формы и величины раковыя гнѣзда, состоящія изъ зернистыхъ мелкихъ клѣтокъ съ однимъ или двумя ядрами безъ всякаго промежуточнаго вещества. Соединительно-тканная основа очень развита и представляется въ видѣ толстыхъ перекладинъ, разграничивающихъ альвеолы съ клѣточнымъ содержимымъ. Эти альвеолы въ нѣкоторыхъ мѣстахъ представляются въ видѣ щелей, а въ другихъ они велики и дѣлятся нѣжными соединительно-тканными перекладинами на меньшія, что напоминаетъ картину мозговиднаро рака.— Волокнистый ракъ.

35) Больной отставной унтеръ-офицеръ *Кузьма Китляшъ*, 50 лѣтъ, чернорабочій, поступилъ въ клинику 6-го марта 1885 года. *Anamnesis.*—Больной женатъ, самъ всегда былъ здоровъ и семейные также всѣ здоровы. Умѣренный potator. Ни сифилиса, ни уретрита не было. — Въ маѣ мѣсяцѣ 1884 года въ первый разъ замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи, но тщательно разжеванная проходила. Затрудненіе глотанія постоянно увеличивалось и въ августѣ больной уже не могъ глотать твердую пищу и сталъ питаться полужидкой и жидкой; съ мѣсяцъ тому назадъ пересталъ ѣсть и мягкую пищу. Жидкая пища сначала проходила свободно, но двѣ недѣли тому назадъ стала проходить съ большимъ трудомъ, а въ послѣдніе восемь дней больной можетъ глотать только чай и воду. Съ развитіемъ дисфагіи появились боли въ груди, а за послѣднее время къ нимъ присоединились боли въ области желудка. Кровохарканія никогда не было. За послѣднее время больной сильно исхудалъ и ослабѣлъ. Жалуется на мучительный голодъ. *Status praesens.*—Больной сильно исхудавшій, подкожнаго жирнаго слоя совершенно нѣтъ, мускулатура дряблая; костная система не представляетъ ничего особеннаго. Лимфатическія железы нормальны. При перкуссіи всюду ясный тонъ, границы легкихъ нѣсколько увеличены, подвижны (эмфизема). При выслушиваніи всюду нормальные легочные шумы. Сердце нормально, тоны его чисты, ясны, но слабы и по временамъ съ перебоями; пульсъ слабый. Легкій артеріосклерозъ. Животъ втянутъ, издали видна пульсація аорты. Печень и селезенка нормальны. При ощупываніи живота ничего особеннаго не найдено. При зондированіи пищевода самая малая олива останавливается на 21 сант. отъ начала пищевода. Diagnosis—cancer oesophagi. Вѣсъ=43.900 gm., t° вечер. in recto=37,6. Клистиры Leube ʒVI; бульонъ не можетъ глотать, но чай глотаетъ.

7. Больной глотаетъ только чай и воду. Клистиры Leube ʒIX t° in recto=37,2.

8. Вѣсъ=44,000 gm. Ѣстъ жидкую пищу довольно свободно.

9. t° утр. in recto=36,7. Въ 10 час. утра профес. С. П. Коломнинъ больному подъ наркозомъ сдѣлалъ гастростомію при соблюденіи всѣхъ правилъ антисептики. Разрѣзъ

параллельный лѣвому реберному краю. При образованіи небольшаго отверстія для вскрытія брюшины, чрезъ него съ легкимъ свистомъ вошелъ воздухъ. По вскрытія брюшины представилась лѣвая доля печени, которая приподнята была пальцами и тогда видно было, что діафрагма весьма вогнута, ни ободочной кишки, ни желудка не было видно. Операторъ ввелъ чрезъ рану въ брюшную полость два пальца правой руки, ощупью нашелъ желудокъ и легко извлекъ его чрезъ рану; въ это время пульсъ сдѣлался малымъ и крайне рѣдкимъ=38 ударовъ въ минуту. Желудокъ лежалъ въ задней верхней части брюшной полости. Извлекая его, операторъ хорошо видѣлъ cardiam. Въ рану вшита передняя стѣнка желудка вблизи его дна 16 швами (2 шелковыхъ, а остальные серебряные), изъ нихъ 8 глубокихъ 8—образныхъ и 8 поверхностныхъ узловатыхъ. Положена была іодоформная антисептическая повязка. Больной жаловался, что какъ будто весь животъ его тянутъ. Скоро пульсъ поднялся до 78, полный. t^0 вечеромъ in recto=37,8.

10. t^0 утр. in recto=37,2; вечер.=38,5. Ночью немного спалъ. Чувствуетъ себя хорошо. Свободно глотаетъ жидкую пищу. Мочи 560 к. с., уд. в.=1020, кислая, бѣлка нѣтъ. Жалуется на боли въ ранѣ. Повязка не смѣнялась.

11. Желудокъ вскрытъ тонкимъ троакаромъ и вставлена дренажная трубка, чрезъ которую введена въ желудокъ пища. Кормленіе чрезъ 3 часа; t^0 утр. in recto 37,7, вечер.=38. Мочи 750 к. с., уд. в.=1025, нормальная. Общее состояніе больнаго хорошее. Реакція раны умѣренная. Рана оставлена открытой подъ компрессами, смоченными въ Буровской жидкости.

12—15. t^0 нормальная. Рана не представляетъ ничего особеннаго. Мочи 1650—2000 к. с., уд. в. 1012, нейтральной реакціи отъ большаго количества фосфатовъ. Около нѣкоторыхъ швовъ образовались гнойнички.

16—18. Сегодня сняты швы черезъ шовъ. Рана гранулируетъ медленно. Мочи 1600 к. с., кислой реакціи, фосфатовъ гораздо меньше. Кормленіе рѣже, такъ какъ появилась отрыжка. Въ желудокъ вставлена болѣе толстая дренажная трубка.

20. Удалены всѣ остальные швы. Желудокъ повидимому плотно приросъ къ брюшной ранѣ. Дальнѣйшее заживленіе раны не представляло ничего особеннаго, за исключеніемъ того только, что заживленіе шло крайне вяло и медленно и только къ 21 апрѣля окончательно рана зарубцевалась и получилась воронкообразное отверстіе съ діаметромъ=1 сант. Истеченій содержимаго желудка никогда не было. Съ 27 марта больной сталъ вводить себѣ въ желудокъ, кромѣ мягкой пищи, скобленое мясо. Медленно поправлялся, такъ что 24 апрѣля вѣсъ его=48,000 gm., т. е. прибавился со времени операціи на 4 kilogm. Вмѣсто дренажной трубки въ фистулу введена была металлическая канюля съ пробкой, съ которой больной свободно ходилъ. 24 апрѣля выписался изъ клиники и уѣхалъ въ деревню, такъ что о дальнѣйшей жизни больнаго намъ ничего неизвѣстно.

36) Больная жена священника *Марья Калинникова*, 36 лѣтъ, поступила въ клинику 29-го сентября 1882 года. *Anamnesis*. 10 мѣсяцевъ тому назадъ больная почувствовала затрудненіе при глотаніи твердой пищи, кусокъ при глотаніи останавливался, появлялось чувство давленія въ груди и потомъ онъ извергался обратно. Это затрудненіе сначала появлялось временами, а потомъ дѣлалось чаще и чаще и наконецъ перешло въ постоянный припадокъ. Больная стала питаться мягкой пищей, но скоро и эта пища перестала проходить. По совѣту врача больная принимала бромистый калій (всего приняла ℥V въ растворѣ), послѣ чего стала лучше глотать, но свободныхъ промежутковъ, гдѣ бы больная свободно глотала пищу, не было; напротивъ, затрудненіе постепенно прогрессируетъ и въ настоящее время больная можетъ глотать только жидкую пищу. Съ начала заболѣванія мѣсячныя, до того всегда правильныя, стали являться съ болями, а съ августа мѣсяца совершенно прекратились. Вмѣстѣ съ этимъ больная, до того полная, стала быстро худѣть, аппетитъ сдѣлался хуже. Мѣсяца 4 тому назадъ у больной явились боли подъ ложечкой, отдающіяся въ спину. *Status praesens*. Больная блѣдная. Кожа отвислая, представляетъ мѣшки; подкожный жирный слой слабо развитъ. Мышцы вялыя и дряблыя; костная система не представляетъ ничего особеннаго. Физическое изслѣдованіе грудныхъ и брюшныхъ орга-

новъ ничего ненормальнаго не показываетъ, за исключеніемъ боли при давленіи на epigastrium. При зондированіи пищевода въ нижней его части, вблизи cardiae, встрѣчается препятствіе, непропускающее въ желудокъ самой малой оливы. Diagnosis—cancer oesophagi. Леченіе: cathêterisme appuyé.

6-го октября. Больная глотаетъ только жидкую пищу довольно свободно, небольшими глотками. При зондированіи малая олива не проходитъ.

8. Послѣ зондированія больная улучшенія глотанія не чувствуетъ. Аппетитъ удовлетворительный.

13. Вѣсъ=53,500 gm. Перемѣнъ никакихъ нѣтъ.

15. При зондированіи малая олива прошла чрезъ съуженіе, при чемъ чувствуется твердая шероховатость.

18. Больная глотаетъ лучше. При зондированіи малая олива прошла.

20. Больная глотаетъ хорошо пережеванное мясо.

26. Общее состояніе больной хорошее. Вѣсъ=54,800 gm. Глотаетъ свободно хорошо пережеванную твердую пищу. При катетеризаціи малая олива проходитъ.

2-го ноября. Глотаніе сдѣлалось труднѣе. Малая олива не проходитъ.

4. Глотаетъ только жидкую пищу.

5. Сегодня сдѣланъ электролизъ изъ 8 элементовъ въ продолженіи 3 минутъ. Послѣ этого перемѣнъ не послѣдовало.

7. Снова электролизъ. При зондированіи малая олива не проходитъ.

8. Улучшенія глотанія нѣтъ.

9. Сдѣланъ электролизъ. Больная въ томъ же положеніи. Вѣсъ = 54, 300 gm. Клизмы Leube.

11. Электролизъ. Никакого улучшенія нѣтъ. Вѣсъ = 53,800 gm.

14. Вѣсъ = 53,300 gm. Въ области желудка ощупывается опухоль твердая, бугристая, болѣзненная, величиною съ куриное яйцо. Больная жалуется на слабость. Глотаетъ только жидкую пищу.

16. Вѣсъ тѣла 52,100 gm. Питательныя клизмы продолжаются.

17. Вѣсъ = 51,600 gm. Опухоль въ области желудка безъ перемѣнъ. Мочи 800 к. с., кислой реакціи, уд. в. = 1016, бѣлка нѣтъ.

18.—P = 84, мягкій; R = 19; t° = 37. Количество красныхъ кровяныхъ шариковъ въ куб. mill. = 4,600,000; бѣлыхъ (при 3 окул. и 8 линзѣ) = 10—12 въ полѣ микроскопа. Сегодня сдѣлана трансфузія дефибринированной крови in arteriam radialem sinistram въ количествѣ 9 унцій. Во время операціи больная ни на что не жаловалась, кромѣ незначительнаго головокруженія и чувства покалыванія въ пальцахъ. Послѣ операціи еще въ операціонной комнатѣ у больной появился знобъ, усиливающійся мало по малу, вмѣстѣ съ поднятіемъ температуры до 38,8; P = 108. Черезъ 2 часа знобъ прошелъ, t° = 37,2; P. = 90 полный. Вечеромъ t° = 37,1; P = 90. Жалобъ нѣтъ. Клизмы Leube. Послѣ операціи въ 2½ часа дня количество красныхъ кровяныхъ шариковъ въ неоперированной рукѣ на 1 куб. mil. = 5,020,000, а въ оперириванной = 4.569,000.

19. t—утр. 37,1; P. = 114; R = 24. Со времени операціи больная не мочилась до 6 часовъ утра сегодня. При первомъ мочеиспусканіи количество = 200 к, с., краснаго цвѣта, слабо-кислой реакціи, уд. в. = 1040; реакціи на бѣлокъ нѣтъ. Подъ микроскопомъ значительное количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и распадъ красныхъ. Въ 12 часовъ для 2-я порція мочи нормальной окраски въ количествѣ 100 к. с. Вечеромъ t° = 37,4. P = 102; R = 20. Жалобъ нѣтъ. Клизмы Leube продолжаются. Въ 12 часовъ дня красныхъ кровяныхъ шариковъ въ правой рукѣ на 1 куб. mill = 4520,000, а въ 5 часовъ вечера въ лѣвой—3,974,600.

20. t—утр. = 38,6. Вокругъ раны рожистая краснота. На шеѣ въ лѣвомъ trig. omo—tracheale, вблизи пищевода, двѣ одна подъ другой опухшихъ железокъ, твердыхъ неболѣзненныхъ. Мочи = 730 к. с., уд. в. = 1016. Подъ микроскопомъ незначительное количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ; бѣлку нѣтъ, реакція кислая.

21. t—нормальная. Количество красныхъ кровяныхъ шариковъ въ правой рукѣ = 4,294,000. Рожистая краснота блѣднѣе. Количество мочи = 1430 к. с., уд. в. = 1010, нормальная. Общее состояніе больной хорошее. Рана заживаетъ чрезъ нагноеніе.

23. Мочи = 1200 к. с., уд. в. = 1019, нормальная. Больная жалуется на слабость. Количество красныхъ кровяныхъ шариковъ = 5,640,600.

26. Больную 2 раза вырвало и 4 раза слабило. Вѣсъ тѣла = 51,200 gm. Жалуется на слабость.

27. Вѣсъ 50,400 gm. Чрезъ брюшныя стѣнки чрезвычайно ясно ощупывается, соотвѣтственно первому поясничному позвонку, поджелудочная железа, а выше ея неясно—небольшая опухоль. На шеѣ тѣже двѣ припухшія лимфатическія железки. При зондированіи ни одна олива не проходитъ. Глотаніе почти совсѣмъ невозможно.

28. Поносъ остановился. Жалуется на слабость. По желанію больная выписалась изъ клиники. Дано наставленіе дѣлать клизмы Leube.

37) Больной крестьянинъ *Семенъ Андреевъ*, 50 лѣтъ отъ роду, дворникъ. Поступилъ въ клинику 22-го сентября 1884 года.

Anamnesis. Больной никогда не былъ женатъ; всегда былъ здоровъ. Раньше пилъ очень много водки. Лѣтъ 30 т. н. имѣлъ одновременно уретритъ и мягкій шанкръ, сопровождающійся нагноеніемъ лимфатическихъ железъ въ обоихъ пахахъ. Сифилиса не было. Со стороны наслѣдственности ничего нѣтъ. Въ первыхъ числахъ апрѣля сего года больной почувствовалъ, что твердая пища стала плохо проходить, какъ бы задѣвала за что-то; больной инстинктивно сталъ пищу тщательно разжевывать и тогда она проходила свободно. Больной продолжалъ работать и чувствовалъ себя хорошо, но старался употреблять мягкую пищу, причемъ иногда глотаніе было совершенно свободно, а иногда пища останавливалась и минуты черезъ двѣ регургитировалась и въ этомъ послѣднемъ случаѣ передъ регургитаціей больной чувствовалъ жженіе и давленіе въ груди. Въ іюлѣ мѣсяцѣ у больнаго 4 дня пища совершенно не проходила ни жидкая и ни твердая, послѣ этого стала проходить только жидкая. Въ августѣ мѣсяцѣ больной 3 сутокъ не могъ ничего проглотить. Затѣмъ 21-го сентября одни сутки больной ничего не ѣлъ. Въ настоящее время больной питается только жидкой пищей и во время ѣды иногда пища вдругъ останавливается и скоро регургитируется. За послѣднее время больной сталъ быстро худѣть и слабѣть силами.

Status praesens. Больной хорошаго тѣлосложенія; мускулатура и костная система прекрасно развиты; подкожнаго жирнаго слоя нѣтъ. При осмотрѣ органы шеи не представляютъ ничего особеннаго. Лѣвая половина груди спереди чуть чуть выдается. При перкуссіи сзади между лѣвой лопаткой и позвоночникомъ тонъ притупленъ на пространствѣ ладони. Сердечная тупость мала; границы легкихъ увеличены (эмфизема). При выслушиваніи легкихъ вездѣ слабое везикулярное дыханіе. У верхушки сердца, вмѣсто перваго тона, слышенъ шумъ, а второй тонъ ослабленъ. Брюшные органы не представляютъ ничего особеннаго. Сосуды немного склерозированы. Какихъ либо указаній на сифилисъ не имѣется. 27-го сентября больнаго катетеризировали, при этомъ малая олива не проходитъ и останавливается на 35 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ. Послѣ катетеризаціи больной глотаетъ гораздо лучше. Diagnosis—cancer oesophagi. Назначено бальному два раза въ недѣлю cathétérisme appuyé, и такъ какъ больному сдѣлалось немного лучше, то онъ 9-го октября выписался изъ клиники.

38) Больной отставной солдатъ *Федоръ Зрайковскій*, 59 лѣтъ отъ роду, католикъ; поступилъ въ клинику 25-го февраля 1885 года.

Anamnesis. Больной запойный пьяница и нѣсколько разъ въ жизни былъ delirium tremens potatorum. Всегда былъ крѣпкаго здоровья. Со стороны наслѣдственности ничего нѣтъ. Сифилиса не было. Уретритъ былъ. Въ августѣ мѣсяцѣ 1884 года въ первый разъ больной замѣтилъ затрудненіе глотанія твердой пищи, вслѣдствіе чего онъ вынужденъ былъ тщательно разжевывать пищу и запивать обильно водой. Скоро появились боли въ спинѣ и между лопатками. Эти боли продолжаются до сихъ поръ. Иногда яв-

ляется сильное жженіе въ груди. Въ декабрѣ мѣсяцѣ твердая пища совершенно перестала проходить и больной сталъ питаться полужидкой и жидкой пищей, а съ февраля мѣсяца и полужидкая пища не проходитъ. Въ настоящее время больной пришелъ въ клинику съ бутылкой молока и съ страшнымъ отчаяніемъ умоляетъ его накормить, такъ какъ уже болѣе сутокъ онъ не можетъ проглотить даже воды. Болѣе всего его мучаетъ жажда. За послѣднее время сильно исхудалъ и ослабѣлъ.

Status praesens. Больной сильно истощенъ; животъ корытообразно втянутъ и ясно видно біеніе аорты; in subscrobiculo cordis видѣнъ и прощупывается разлитой сердечный толчекъ. Грудь бочкообразная; сердечная и печеночная тупости сильно уменьшены. Края легкихъ подвижны; въ лѣвой надъостной ямкѣ небольшое притупленіе тона, такое же притупленіе найдено у внутренняго края правой лопатки на протяженіи ладони. При выслушиваній въ лѣвой надостной ямкѣ и нижней долѣ этого легкаго ослабленное везикулярное дыханіе. У внутренняго края правой лопатки дыханіе жесткое, съ неопредѣленнымъ выдыхомъ и здѣсь ощущается усиленная вибрація. Артеріосклерозъ довольно сильно развитъ. Органы живота не представляютъ ничего особеннаго. Тоны сердца глухи, пульсъ слабый и одновременный въ обѣихъ лучевыхъ артеріяхъ. Костная система не представляетъ ничего особеннаго. При зондированіи самая большая олива проходитъ на 44 сант. (44—15 = 29). При глотаніи молока сейчасъ же оно выходитъ обратно и при этомъ небольшая часть его свернувшаяся. Diagnosis—cancer cardiae. Назначены клизмы Leube и введеніе per rectum теплой воды.

26. За сутки in recto введено смѣси Leube ℔j и теплой воды ℥ IX: большаго количества нельзя вводить, потому что не удерживается. Больной чувствуетъ себя лучше. Можетъ выпить немного воды. Мочи 500 к. с., уд. в. = 1028, нормальная.

27. За сутки введено in recto смѣси Leube ℥ XII и воды ℥ vj. Мочи 650 к. с.; уд. в. = 1026. Вѣсъ больнаго = 48,900 gm. Больной хорошо глотаетъ жидкую пищу. Чувствуетъ себя хорошо. Жажды и голода не чувствуетъ и жалуется только на жженіе въ груди и in subscrobiculo cordis.

1-го марта больной выписался изъ клиники.

39) Больной крестьянинъ *Алексѣй Елисѣевъ*, 60 лѣтъ отъ роду. Поступилъ въ клинику 2-го февраля 1884 года. *Anamnesis.* Больной всегда былъ здоровъ и силенъ. Вся семья его совершенно здорова. Раньше пилъ водку въ большомъ количествѣ, но три года какъ пересталъ совершенно пить. Съ годъ тому назадъ у больнаго стала болѣть спина и лопатки, боли ноющія и временами совершенно проходили. Съ апрѣля мѣсяца 1883 года у больнаго появилось затрудненіе глотанія твердой пищи и больной питался полужидкой пищей; но съ декабря вынужденъ былъ принимать исключительно жидкую пищу, при этомъ въ концѣ декабря въ продолженіе двухъ недѣль у больнаго и жидкая пища проходила съ большимъ трудомъ и въ весьма небольшомъ количествѣ. Въ настоящее время проходитъ только жидкая пища. Съ осени больной началъ быстро худѣть. *Status praesens.* Больной высокаго роста, исхудалый; мускулатура и костная система хорошо развиты. Какихъ либо указаній на сифилизъ не найдено. Органы шеи нормальны. Артеріи немного склерозированы. При постукиваніи и выслушиваніи легкихъ и сердца ничего ненормальнаго не найдено. Органы живота тоже нормальны. При катетеризаціи пищевода зондомъ самая малая олива останавливается на разстояніи 36.5 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ. Diagnosis—cancer oesophagi. Больному предложена гастростомія, но онъ отказался и 6-го февраля выписался изъ клиники.

40) Больной отставной чиновникъ *Александръ Сонни*, 58 лѣтъ отъ роду. Поступилъ въ клинику 9-го февраля 1882 года. *Anamnesis.* 25 лѣтъ тому назадъ больной имѣлъ лѣвосторонній pleuritis exudativa, вслѣдствіе чего впослѣдствіи у него образовался kypho-scoliosis. Два мѣсяца тому назадъ больной въ первый разъ замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи, затрудненіе постепенно усиливалось, такъ что въ теченіи уже двухъ недѣль больной можетъ глотать только мягкую пищу. Въ настоящее время жалуется на затрудненіе глотанія и боли въ груди, особенно вдоль sternum. *Status praesens.* Больной малаго роста, истощенный.

съ блѣдной, вялой кожей, слабой мускулатурой. Kyphо-scoliosis въ довольно значительной степени, дуга его въ спинной части позвоночника выпуклостью обращена вправо, а поясничная влѣво; соотвѣтственно этому грудная клѣтка измѣнила свою форму. При изслѣдованіи шеи найдено значительное увеличеніе правой доли щитовидной железы; она равномѣрно-мягкой консистенціи, подходитъ подъ m. sterno-cleidomastoideus dex. и отодвинула его кнаружи. Пульсація правой сонной артеріи прощупывается у наружнаго края грудинососковой мышцы. Vena jugularis ext. posterior dex. напряжена, толще гусинаго пера, рѣзко выступаетъ подъ кожей въ видѣ синяго шнура. Trachea немного отклонена влѣво. На лѣвой сторонѣ груди найдено притупленіе перкуторнаго тона и ослабленные шумы ниже угла лопатки, а вверху усиленная проводимость легочной ткани. Сердце нормально. Печень немного выступаетъ изъ подъ реберъ. Epigastrium болѣзненна при ощупываніи. При изслѣдованіи пищевода зондомъ оказывается, что самая толстая олива проходитъ, встрѣчая затрудненіе въ верхней трети и въ cardia. Diagnosis—cancer eosophagi.

12. T° нормальная. Аппетитъ хорошъ, свободно глотаетъ полужидкую пищу. Отправленія кишечника правильны.

17. Общее состояніе больнаго относительно хорошее. При зондированіи пищевода тѣ же явленія, на оливѣ немного крови.

19. Вслѣдствіе зондированія больной сталъ глотать гораздо лучше, самочувствіе значительно улучшилось и больной 21-го февраля выписался изъ клиники.

41) Больная жена ремесленика *Марія Сюнстромъ*, 50 лѣтъ отъ роду; лютеранскаго вѣроисповѣданія. Поступила въ клинику 23-го декабря 1880 года. Больная всегда была здорова. Въ началѣ прошлаго лѣта почувствовала затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Съ этихъ поръ стала быстро худѣть. Глотаніе мало по малу сдѣлалось на столько труднымъ, что пришлось ограничиться одной только жидкой пищей. Если же больная заразъ выпиваетъ много, то принятая жидкость скоро же регургитируется. На боли не жалуется. Въ грудныхъ и брюшныхъ органахъ ничего ненормальнаго не найдено. При зондированіи самая малая олива встрѣчаетъ непреодолимое препятствіе при проходѣ пищевода чрезъ діафрагму. Diagnosis—cancer eosophagi.

25. При зондированіи малая олива при небольшомъ насиліи прошла въ желудокъ. Больная довольно свободно ѣла жидкую пищу. Эластическій зондъ не проходитъ. Послѣ этого больную зондировали ежедневно. Глотаніе сдѣлалось гораздо лучше. Болей никакихъ нѣтъ. Больная чувствуетъ себя хорошо. Съ 2-го января стала свободно ѣсть кашицу; 5-го января выписалась изъ клиники.

42) Больной крестьянинъ *Петръ Русиновъ*, 41 года, поступилъ въ клинику 10-го апрѣля 1885 года. *Anamnesis*. Отецъ больнаго повидимому страдалъ сифилисомъ, мать всегда была здорова. Больной 20 лѣтъ женатъ, имѣлъ одну дочь здоровую. Лѣтъ 14 тому назадъ имѣлъ на членѣ язву, которая около 4-хъ недѣль не поджнвала, а чрезъ годъ послѣ этого была сыпь. Лечился въ общинѣ Св. Георгія, гдѣ давали какое то лекарство внутрь, послѣ чего сыпь недѣли чрезъ двѣ прошла. 12 лѣтъ тому назадъ болѣлъ горячкой, а съ годъ больной страдаетъ головокруженіями. Въ теченіи 17 лѣтъ ежедневно выпивалъ 4 рюмки водки и разъ шесть въ годъ напивался пьянымъ. Затрудненіе глотанія въ первый разъ появилось 4 мѣсяца назадъ. Къ 18-му февраля настоящаго года затрудненіе глотанія значительно усилилось и по временамъ больной не могъ глотать жидкую пищу и даже воду. Съ 18-го февраля по 13-е марта больной лечился въ Обуховской больницѣ, гдѣ ему въ пищеводъ вводили зонды, послѣ чего глотаніе улучшилось. За послѣднее время больной сильно похудѣлъ и ослабѣлъ. Въ настоящее время свободно глотаетъ жидкую пищу, только чрезвычайно медленно, но полужидкую пищу глотаетъ съ трудомъ.

Status praesens. Больной выше средняго роста, истощенный и малокровный. При перкуссіи груди ничего ненормальнаго не найдено. При выслушиваніи въ обоихъ легочныхъ верхушкахъ ronchi sonores; въ правомъ легкомъ сзади слышны средне-пузырчатые влажные хрипы и мѣстами ronchi sonores. Тоны сердца чисты. При ощупываніи живота epigastrium болѣзненно. При зондированіи самая большая олива встрѣчаетъ препятствіе на 19,5

сант. отъ начала пищевода; остальныя оливы проходятъ свободно. Diagnosis—cancer oesophagi.

11. Больной жалуется на сильный кашель и чрезвычайно частыя жидкія испражненія. Температура тѣла повышена. Вслѣдствіе предпринятыхъ средствъ 13-го апрѣля поносъ остановился, но кашель усилился до рвоты. При выслушиваніи въ правомъ легкомъ сзади масса субкрепитирующихъ хриповъ, перкуторный тонъ притупленъ и вибрація усилена. Лежать на правомъ боку не можетъ, такъ какъ сейчасъ же является приступъ кашля и рвота.

18-го апрѣля въ 4 часа пополудни у больнаго явился сильный, кашель сопровождаемый рвотой и при этомъ вышло около 3-хъ столовыхъ ложекъ не пѣнистой крови.

19—20 апрѣля выдѣлялась слизисто-гнойная мокрота съ примѣсью крови и дурнаго запаха. Больной продолжаетъ лихорадить.

21. Состояніе больнаго не измѣнилось. По своему желанію выписался изъ клиники.

43) Больной *Александръ Лапинъ*, аптекарскій помощникъ, 61 года, поступилъ въ клинику 8 марта 1885 года.

Anamnesis.—Съ 18 лѣтъ сталъ пить водку и пилъ весьма неумѣренно до ноября прошлаго года. Въ августѣ мѣсяцѣ, т. е. шесть мѣсяцевъ тому назадъ появились припадки затрудненнаго прохожденія твердой пищи, по поводу чего больной пользовался въ клиникѣ пр. Богдановскаго, въ началѣ въ числѣ стаціонарныхъ больныхъ, а потомъ амбуляторно, гдѣ ему проводили зонды; послѣ проведенія онъ вначалѣ чувствовалъ себя лучше, пища проходила свободнѣе. Затѣмъ глотаніе сдѣлалось труднѣе и на прошлой недѣлѣ съ трудомъ проходила жидкая пища, но два дня тому назадъ снова начала проходить. Больной сильно исхудалъ и ослабѣлъ. Кромѣ того больной разсказываетъ, что прошлымъ лѣтомъ, втягивая сѣрную кислоту въ стеклянную трубку, нечаянно втянулъ ее въ ротъ въ небольшомъ количествѣ и произвелъ небольшіе ожоги слизистой оболочки рта; но больной увѣряетъ, что онъ нисколько ея не проглотилъ.—Съ развитіемъ болѣзни у больнаго явились запоры, продолжающіеся дня по 3—4.

Status praesens.—Больной сильно истощенный и исхудалый. Животъ корытообразно втянутъ. При наружномъ осмотрѣ тѣла ничего не найдено. Шея нормальна. Въ полости рта и глотки ничего не найдено. При перкуссіи и аускультаціи груди ничего ненормальнаго не найдено. Пищеводъ непроходимъ, олива останавливается на 17 сант. отъ начала пищевода. Diagnosis—cancer oesophagi. Больной съ января мѣсяца по 8-е марта пользовался въ клиникѣ амбуляторно и за это время представлялъ слѣдующія явленія: 25 января. При катеризаціи пищевода малая олива не прошла. Тоны сердца глухи, пульсъ слабъ, жалуется на кашель. Сдѣланъ электролизъ съуженнаго мѣста пищевода изъ 4 элементовъ въ продолженіи 3 минутъ. Данъ внутрь Morphium въ порошкахъ. 8 февраля. Послѣ электролиза вечеромъ глотаніе было затруднено и болѣзненно. На слѣдующій день боли прошли, но глотаніе было затруднено и только на третій день сталъ глотать лучше. Сегодня снова сдѣланъ электролизъ изъ 6 элементовъ въ продолженіи 3 минутъ. Послѣдующія явленія были тѣ же, но сильнѣе выражены.

12 февраля. Кашель у больнаго меньше. При выслушиваніи въ легкихъ найдены влажные хрипы. Снова сдѣланъ электролизъ изъ 6 элементовъ въ продолженіи 3 минутъ.

15 февраля. Больной глотаетъ лучше, даже глотаетъ котлету, хотя и съ трудомъ. При выслушиваніи хриповъ въ легкихъ гораздо больше. Электролизъ оставленъ и сдѣланъ Cathétérisme appuyé. Олива № 3-й останавливается на 32½ сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ, а малая на 33 сант.

22 февраля. Больной хорошо глотаетъ полужидкую пищу. Жалуется на кашель. Въ легкихъ тѣ же явленія. Сдѣланъ Cathétérisme appuyé, причемъ малая олива проходитъ, а № 3 останавливается на 33,5 сант. отъ рѣзцовъ.

5 марта. Больной сталъ лихорадить. Жалуется на кашель. При перкуссіи найдено притупленіе въ нижней и средней доляхъ праваго легкаго и здѣсь при выслушиваніи масса влажныхъ хриповъ.

8-го марта. Больной принятъ въ клинику. Въ нижней и средней доляхъ праваго легкаго найдено притупленіе тона, усиленная вибрація и масса влажныхъ хриповъ, а въ остальныхъ частяхъ легкихъ разсѣянные хрипы. Больной свободно глотаетъ полужидкую пищу, но послѣ каждаго глотка является сильный приступъ кашля. t^0 тѣла=38 Дано inf. ipecacuanhae cum morphio и вдыханіе Ol. Terebintinae изъ Вульфовой склянки.

9. Утр. t^0=36,5; вечер.=38,5. Кашель сильно безпокоитъ больнаго и недаетъ ему спать; каждый глотокъ пищи сопровождается приступомъ удушливаго кашля, такъ что больной отказывается принимать пищу.

10. Мочи=,1120 к. с., уд. в.=1023; реакція кислая; въ мочѣ большой осадокъ мочекислыхъ солей, бѣлка нѣтъ. t^0 утр.=36,8; веч.=37,9. Кашель продолжается.

15-го t^0=вечер.=37,8. Кашель меньше. У нижняго угла правой лопатки перкуторный тонъ тупой и здѣсь слышно масса хриповъ и неопредѣленное дыханіе.

17-го. Самочувствіе больнаго лучше. T^0 вечер.=38. Кашляетъ меньше, глотаетъ хорошо полужидкую пищу.

19-го. Т—утр.=37,5; вечер.=38,4 и было небольшое познабливаніе. Въ легкихъ тѣже явленія.

21-го. Выписался изъ клиники по своему желанію.

44) Больной дьяконъ *Александръ Преображенскій*, 50 лѣтъ, поступилъ въ клинику 13 апрѣля 1884 г.

Anamnesis.—Больной женатъ, имѣетъ 9 чел. дѣтей, изъ которыхъ 7 умерли въ дѣтствѣ и одинъ умеръ 25 лѣтъ отъ душевной болѣзни; кромѣ того у жены было 2 аборта. Отецъ больнаго умеръ отъ невозможности глотанія, довольно быстро развившейся. Больной сильный potator. Въ первый разъ замѣтилъ затрудненіе глотанія больше года тому назадъ, но это затрудненіе имѣло характеръ скорѣе неловкости глотанія, совсѣмъ незначительной, какъ будто случайной и скоро изчезнувшей. Въ ноябрѣ 1883 года снова повторилось то же самое. Въ это же время у больнаго появились боли въ области грудной кости и лопатки, боли непостоянныя, неправильно появляющіяся и исчезавшія. Въ февралѣ 1884 развилась уже полная невозможность глотанія твердой пищи и значительное затрудненіе при глотаніи мягкой и жидкой. Съ тѣхъ поръ явленія мало измѣнились,—мягкую и жидкую пищу больной глотаетъ до настоящаго времени, хотя по временамъ, если онъ ѣстъ скоро и большими глотками, появляется регургитація, которой выводится все, что только онъ проглотитъ. Кромѣ этого больной еще жалуется на одышку и сердцебіеніе.

Status praesens. — Больной средняго тѣлосложенія и сохраняетъ еще достаточную степень упитанности. Никакихъ данныхъ для предположенія сифилиса кромѣ абортовъ у жены нѣтъ, хотя врачи, вѣроятно на этомъ послѣднемъ основаніи, лечили больного фрикціями (№ 12) и іодистымъ каліемъ; однако это леченіе нисколько не облегчило больного. Лимфатическія железы нормальны. При перкуссіи границы легкихъ увеличены; въ верхней части груди, па мѣстѣ прикрѣпленія 2—3 правыхъ реберъ къ грудной кости, найдено притупленіе тона величиною въ ладонь; на такомъ же пространствѣ притупленіе тона находится у нижняго угла лѣвой лопатки. При выслушиваніи легкихъ всюду ослабленное везикулярное дыханіе съ короткимъ вздохомъ и удлиненнымъ выдыхомъ. Выслушиваніе сердца не даетъ ясныхъ результатовъ вслѣдствіе сильной аритміи,—повидимому тоны чисты, но первый глухъ и слабъ; толчекъ сердца не ощупывается. Diagnosis—cancer oesophagi. Дано T-ra convallaria majalis.

$^{16}/_{IV}$.—Дѣятельность сердца нѣсколько поднялась, пульсъ сталъ полнѣе и правильнѣе. Тоны сердца чисты, но слабы. Больной ѣстъ жидкую и полужидкую пищу, послѣдняя проходитъ только при томъ условіи, если онъ глотаетъ маленькими глотками.

17. Больному сдѣлана катетеризація пищевода, самая малая олива свободно проходитъ, но слѣдующія высшаго калибра останавливаются на 31,5 сант. отъ края верхнихъ рѣзцовъ. Послѣ катетеризаціи больной глотаетъ гораздо лучше. Моча по качеству и количеству—нормальна. Больному чрезъ каждые 2 дня производится cathétérisme appuyé.

послѣ чего всякій разъ глотаніе значительно лучше. 26 апрѣля эластическій зондъ, имѣющій 1 сант. въ поперечникѣ, прошелъ чрезъ съуженіе свободно. Однако субъективно больной ухудшается и 28 апрѣля выписался изъ клиники.

Амбуляторные больные.

45) Больной *Айнитдинъ Фехаретдиновъ*, 47 лѣтъ, магометанскаго вѣроисповѣданія, торговецъ, былъ въ клиникѣ 25-го ноября 1883 года. Мѣсяца 4 тому назадъ больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Затрудненіе постепенно увеличивалось, такъ что $1^1/_2$ мѣсяца назадъ больной сталъ питаться мягкой и жидкой пищей, а въ настоящее время свободно проходитъ только жидкая пища. За послѣднее время сильно похудѣлъ и ослабѣлъ. Больной крѣпкаго тѣлосложенія. Артеріосклерозъ въ довольно сильной степени. Грудные и брюшные органы нормальны. При изслѣдованіи пищевода зондомъ на 31 сант. отъ зубовъ находится съуженіе, которое пропускаетъ двѣ меньшія оливы, а на разстояніи 33 сант. отъ зубовъ находится самое узкое мѣсто этого съуженія, чрезъ которое не проходитъ слѣдующая третья олива. Diagnosis—cancer oesophagi. Назначенъ cathétérisme appuyé два раза въ недѣлю.

27-го декабря. Глотаетъ только жидкую пищу. При катетеризаціи ни одна олива не прошла, препятствіе находится на 31,5 сант. отъ зубовъ. Вѣсъ тѣла = 58.500 gm.

4-го января. Вѣсъ = 58,150 gm. Жидкая пища проходитъ съ трудомъ и въ маломъ количествѣ. При зондированіи тѣ же явленія.

3-го марта. Вѣсъ = 57,500 gm. Въ теченіи мѣсяца у больнаго было усиленное отдѣленіе слюны; глотать могъ только жидкую пищу, которая проходила съ большимъ трудомъ и въ небольшомъ количествѣ. Потомъ было лихорадочное состояніе. Съ недѣлю какъ жидкая пища начала проходить свободно и теперь даже проходитъ мелко изрубленная говядина. При катетеризаціи пищевода большая олива останавливается на 31 сант. отъ зубовъ, а остальныя всѣ оливы проходятъ, причемъ получается ощущеніе соскальзыванія въ двухъ мѣстахъ. Больной больше въ клинику не являлся.

46) Больная *Марья Шлекеръ*, 54 лѣтъ, была въ клиникѣ 5-го октября 1882 года. Три мѣсяца тому назадъ больная почувствовала затрудненіе при глотаніи твердой пищи: это затрудненіе постепенно увеличивалось, такъ что больная въ настоящее время глотаетъ только жидкую пищу. При изслѣдованіи внутренніе орга ы нормальны. При зондированіи пищевода въ нижней его трети найдено съуженіе, пропускающее двѣ малыя оливы. Diagnosis—cancer oesophagi. Назначенъ cathétérisme appuyé.

12-го октября. При зондированіи олива № 3 прошла съ насиліемъ, на оливѣ немного крови.

19-го октября. При зондированіи тѣже явленія. Глотаніе гораздо лучше. Жалуется на боли въ груди и спинѣ.

14-го декабря. За это время больная значительно похудѣла. Глотаетъ только жидкую пищу. При зондированіи пищевода на 32 сант. отъ зубовъ малая олива встрѣчаетъ препятствіе, которое проходитъ, но тотчасъ встрѣчаетъ другое препятствіе, не пропускающее эту оливу.

47) Больной мѣщанинъ *Василій Петровъ*, 48 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 18-го марта 1886 года. *Anamnesis*. Больной женатъ, дѣтей не имѣлъ. Умѣренный potator. Въ молодости имѣлъ шанкръ и уретритъ, но сифилисъ отрицаетъ. Ожегъ пищевыхъ путей не было. 8 лѣтъ тому назадъ больной началъ страдать тошнотой послѣ каждаго пріема пищи, потомъ вскорѣ появились боли въ кишкахъ и то запоры, то поносы. Пищу принималъ мало и малѣйшая неосторожность въ пріемѣ пищи сопровождалась болями въ животѣ. Рвоты не было. Въ концѣ ноября 1885 года сталъ чувствовать при каждомъ прохожденіи глотка пищи боль, вскорѣ пища стала останавливаться въ пищеводѣ и выбрасываться обратно. Затрудненіе глотанія увеличилось, такъ что больной принужденъ былъ

питаться жидкой и мягкой пищей, а въ настоящее время глотаетъ только жидкую пищу. Лечился очень много и послѣдніе два года у пр. Чудновскаго, по совѣту котораго за послѣднее время больной принялъ kali jodati ℥jj въ растворѣ, но никакого улушенія не было. *Status praesens*. Больной средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, довольно худой и блѣдный, подкожнаго жирнаго слоя нѣтъ. Мышцы вялы. Скелетъ нормальный. Никакихъ указаній па сифилисъ нѣтъ. Въ полости рта и глотки ничего не найдено. Шея нормальная, лимфатическая железы не увеличены. При перкуссіи и аускультаціи грудныхъ органовъ ничего ненормальнаго не найдено. При зондированіи самая малая олива останавливается на 35 сант. отъ зубовъ, на оливѣ немного крови. Diagnosis—cancer oesophagi. Предложена гастростомія, но больной не являлся.

48) Больной *Федотъ Александровъ*, торговецъ, 56 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 14-го марта 1886 года. 30 лѣтъ тому назадъ больной имѣлъ шанкръ, послѣ чего чрезъ нѣсколько лѣтъ долго болѣло во рту и осталось продырявливаніе мягкаго неба. Послѣднія 20 лѣтъ больной былъ совершенно здоровъ. 5 мѣсяцевъ тому назадъ замѣтилъ. что твердая пища проходитъ по пищеводу съ нѣкоторымъ затрудненіемъ. Явленія эти, постепенно усиливаясь, дошли до того, что больной въ настоящее время питается только полужидкой пищей. Рвоты послѣ принятія пищи не бываетъ. Со стороны скелета и внутреннихъ органовъ ничего ненормальнаго не найдено. Изъ железъ немного увеличены только паховыя. При зондированіи всѣ оливы проходятъ, за исключеніемъ самой большой, которая останавливается на 35 сант. отъ зубовъ. Diagnosis—cancer oesophagi.

16-го марта больной снова былъ въ клиникѣ. Здѣсь при зондированіи пищевода не прошли первые большія двѣ оливы, а остановились на 34,5 сант. отъ зубовъ. Больному предложена гастростомія, но онъ болѣе не являлся въ клинику.

49) Больной мѣщанинъ *Егоръ Зиминъ*, 32 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 7-го марта 1886 года.

Anamnesis. 10 лѣтъ тому назадъ больной имѣлъ уретритъ, который повторялся три раза. Сифилиса не было. Больной женатъ, имѣетъ троихъ дѣтей, выкидышей не было; жена и дѣти всегда были здоровы, никакихъ сыпей не было. Самъ больной тоже всегда былъ здоровъ. Сильно злоупотреблялъ спиртными напитками. Мать больнаго умерла въ 1869 году отъ неизвѣстной причины; отецъ же больнаго находится въ клиникѣ по поводу раковой опухоли щеки. Братья и сестры здоровы. Ожегъ пищевода не было. Въ октябрѣ мѣсяцѣ 1885 года у больнаго послѣ каждаго пріема пищи появились боли въ груди и въ области желудка. Эти боли чрезъ нѣсколько часовъ проходили и ихъ не было до слѣдующаго пріема пищи. Съ половины ноября у больнаго вдругъ перестала проходить твердая пища, онъ сталъ тщательно разжевывать и тогда пища проходила. Мало по малу эта трудность глотанія усиливалась, больной сталъ питаться полужидкой пищей. недѣль тому назадъ и полужидкая пища перестала проходить и больной принужденъ принимать только жидкую пищу. Недѣли три какъ у больнаго во время глотанія явились боли въ груди; по объясненію больнаго «какъ будто глотокъ пищи проходитъ мимо язвы и царапаетъ ее». Кромѣ того явились самопроизвольныя колющія боли въ груди, бокахъ и спинѣ. Въ настоящее время временами жидкая пища съ трудомъ проходитъ и появляется регургитація, причемъ сразу выходитъ большое количество пищи со слюной. Съ развитіемъ затрудненія глотанія явились запоры, продолжающіеся до 4 дней и болѣе. Больной сталъ быстро худѣть и падать силами. *Status praesens*. Больной очень блѣдный, истощенный, подкожнаго жирнаго слоя нѣтъ, роста средняго, умѣреннаго тѣлосложенія; костная система не представляетъ ничего особеннаго. Лимфатическія железы нормальны. При перкуссіи и аускультаціи ничего ненормальнаго не найдено. Брюшные органы нормальны; животъ втянутъ. При зондированіи пищевода самая малая олива останавливается на 40 сант. отъ зубовъ. Diagnosis—cancer oesophagi.

14-го марта больной снова былъ въ клиникѣ. Послѣ зондированія глотаніе на нѣкоторое время улучшается. Жалобы больнаго тѣже и улучшенія нѣтъ. Силы быстро падаютъ. При зондированіи тѣже явленія.

50) Больной *Иванъ Бушмаринъ*, мясникъ, 38 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 14-го января 1886

года. *Anamnesis*. Больной сильный potator. Мать его жива, отецъ пьяница, умеръ отъ неизвѣстной причины; братъ больнаго тоже сильный potator, умеръ вслѣдствіе стриктуры пищевода 53 лѣтъ отъ роду. Больной женатъ, семейные здоровы. Сифилиса не было. Имѣлъ обыкновеніе пить горячій чай въ лавкѣ. Три мѣсяца тому назадъ больной въ первый разъ замѣтилъ трудность прохожденія пищи; вмѣстѣ съ тѣмъ явилась боль въ области желудка, которая усиливается при глотаніи пищи. Около мѣсяца тому назадъ твердая пища перестала проходить и за послѣдній мѣсяцъ питается исключительно жидкой пищей. Раньше былъ тучный и сильный, за послѣдніе три мѣсяца значительно похудѣлъ и ослабѣлъ. *Status praesens*. Больной крѣпкаго тѣлосложенія, довольно исхудалый и блѣдный. Со стороны скелета измѣненій не найдено. Паховыя и подмышковыя железы немного увеличены. Указаній на сифилисъ нѣтъ. Тоны сердца неясны и слабы. Въ легкихъ ничего не найдено, кромѣ незначительнаго шума тренія съ правой стороны по аксиллярной линіи. Печень выдается изъ подъ края ложныхъ реберъ на два поперечныхъ пальца. При зондированіи пищевода малая олива останавливается на 24,5 сант. отъ начала пищевода. Diagnosis,—cancer oesophagi.

51) Больной мѣщанинъ *Василій Бушуевъ*, оберъ-кондукторъ желѣзной дороги, 39 лѣтъ; былъ въ клиникѣ 28 января 1886 года. Больной происходитъ изъ здоровой семьи; со роны наслѣдственности ничего не найдено. Женатъ, семейные всѣ здоровы. Сифилиса не имѣлъ. 9 мѣсяцевъ тому назадъ проглотилъ горячій картофель, послѣ чего чувствовалъ ссадненіе и боль за грудной костью, а чрезъ мѣсяцъ послѣ этого замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Затрудненіе постепенно увеличивалось и 4 мѣсяца тому назадъ и полужидкая пища стала проходить съ трудомъ. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ ничего ненормальнаго не найдено. При зондированіи оказалось, что малая олива останавливается на 38 сант. отъ зубовъ. Diagnosis—cancer oesophagi. Предложено больному поступить въ клинику, но онъ не явился.

52) Больная вдова священника *Марья Исполатовская*, 64 лѣтъ, была въ клиникѣ 18 октября 1885 года. *Anamnesis*. Больная всегда пользовалась хорошимъ здоровьемъ; въ 25 лѣтъ болѣла тифомъ. Со стороны наслѣдственности ничего не оказалось. Мужъ умеръ отъ холеры, дѣти умерли отъ различныхъ случайныхъ болѣзней. Съ марта мѣсяца 1885 года въ первый разъ замѣтила затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно усиливалось, такъ что съ іюля мѣсяца больная принуждена была питаться жидкой и мягкой пищей. Въ настоящее время глотаетъ только жидкости и при этомъ иногда бываетъ регургитація. Кровотеченій не было. Около 5 лѣтъ страдаетъ сердцебіеніями, появляющимися при ходьбѣ и душевныхъ волненіяхъ. *Status praesens*. Больная блѣдная, довольно худая. Со стороны скелета ничего не нормальнаго не найдено, за исключеніемъ небольшой выпуклости на передней сторонѣ грудной клѣтки соотвѣтственно прикрѣпленію 2 и 3 ребра къ грудинѣ; здѣсь при перкуссіи замѣчается притупленіе тона на пространствѣ ладони. Внутренніе органы изслѣдовалъ Проф. С. П. Боткинъ и ничего не нашелъ. При зондированіи большая олива останавливается на 39 сант. отъ зубовъ, а малая на 41 сант. Diagnosis—cancer oesophagi. Больной предложено поступить въ клинику для гастростоміи, но она не явилась.

53) Больной *Иванъ Зоринъ*, 59 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 5 апрѣля 1884 года. До 50 лѣтъ пилъ довольно много вина. До августа мѣсяца 1883 года, около двухъ лѣтъ, страдалъ болью подъ ложечкой, отрыжкой и тошнотой послѣ пріема пищи; съ августа замѣтилъ затрудненное прохожденіе твердой пищи. Затрудненіе постепенно увеличивалось, такъ что въ декабрѣ мѣсяцѣ перестала проходить мягкая пища и больной сталъ питаться только жидкой, но съ мѣсяцъ тому назадъ и эта пища стала плохо проходить и часто регургитироваться. Послѣдніе 4 дня глотаніе сдѣлалось свободнѣе, но вчера молоко не проходило. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ ничего особеннаго не даетъ. Шея нормальная. Лимфатическія железы не увеличены. Артеріосклерозъ. При зондированіи пищевода малая олива встрѣчаетъ препятствіе на 36,5 сант. отъ зубовъ. Diagnosis—cancer oesophagi.

18-го сентября больной явился въ клинику. Въ теченіи лѣта больной питался исклю-

чительно жидкой пищей. Глотаніе временами лучше, а временами хуже. При изслѣдованіи груди ничего ненормальнаго не найдено. За это время очень сильно исхудалъ.

21-го сентября. Больнаго катетеризировали и малая олива не прошла. Предложено поступить въ клинику, но онъ не явился.

54) Больная *Аксинья Пивоварова*, 45 лѣтъ, была въ клиникѣ 28 февраля 1884 года. Водки пила мало. Была 3 раза беременна и въ послѣдній разъ былъ выкидышъ. Въ маѣ мѣсяцѣ 1883 года замѣтила въ первый разъ затрудненіе глотанія твердой пищи. Это затрудненіе постепенно увеличивалось и дошло до того, что три недѣли уже какъ больная питается исключительно жидкой пищей, но за послѣднюю недѣлю и жидкости плохо проходятъ. При изслѣдованіи внутренніе органы найдены здоровыми. При зондированіи пищевода малая олива встрѣчаетъ непреодолимое препятствіе на 36 сант. отъ зубовъ. Diagnosis—cancer oesophagi.

2-го марта. Въ лѣвой fossa supraclavicularis найдена опухшая лимфатическая железка. Тоны сердца чисты, но глухи. Въ обоихъ легкихъ небольшое количество влажныхъ и сухихъ хриповъ. При зондированіи малая олива останавливается на 40 сант. отъ зубнаго края. Жалуется на кашель и голодъ. Глотаетъ съ трудомъ жидкую пищу.

55) Больной почтальонъ *Иванъ Кузьминъ*, 38 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 17 января 1884 года. Больной potator. Въ іюлѣ мѣсяцѣ 1883 года замѣтилъ, что твердая пища трудно проходитъ при глотаніи. Это затрудненіе глотанія постепенно увеличивалось и дошло до того, что въ ноябрѣ мѣсяцѣ жидкая пища стала проходить съ трудомъ. Въ октябрѣ мѣсяцѣ была рвота съ кровью; подобное кровотеченіе повторялось еще два раза и въ послѣдній разъ, дней 10 тому назадъ, было довольно обильное (ложки три стол.). Вмѣстѣ съ развитіемъ затрудненія глотанія у больнаго явились боли подъ ложечкой, распространяющіяся въ груди и спинѣ. Въ настоящее время больной съ трудомъ глотаетъ жидкую пищу и часто является регургитація. При изслѣдованіи во внутреннихъ органахъ ничего ненормальнаго не найдено. При зондированіи въ пищеводѣ на 35,5 сант. отъ зубовъ встрѣчается съуже-ніе, не пропускающее большую оливу, но слѣдующія меньшія оливы проходятъ, встрѣчая мягкіе выступы на протяженіи около 6 сант. Diagnosis—cancer oesophagi. Предложено больному поступить въ клинику, но онъ не пожелалъ.

56) Больной *Петръ Дробинъ*, 57 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 16 декабря 1883 года. *Anamnesis.* Больной вина никогда не пилъ и табаку не курилъ. Сифилисомъ не страдалъ. Въ началѣ апрѣля мѣсяца 1883 года въ первый разъ замѣтилъ затрудненіе глотанія; въ іюнѣ мѣсяцѣ перестала проходить твердая пища, въ августѣ останавливалась и жидкая пища, но потомъ снова стала понемногу проходить и въ настоящее время жидкая пища проходитъ свободно. *Status praesens.* Тоны сердца правильны и чисты. Значительная эмфизема легкихъ; брюшные органы не представляютъ ничего особеннаго. Въ лѣвой надключичной ямкѣ найдена опухшая лимфатическая железка. При зондированіи пищевода на 32 сант. отъ зубовъ находится препятствіе, не пропускающее малой оливы. Diagnosis—cancer oesophagi. Назначенъ cathétérisme appuyé.

57) Больная *Феоктиста Сисина*, 50 лѣтъ, содержательница прачешнаго заведенія; была въ клиникѣ 18 января 1885 года. *Anamnesis.* Больная пила очень много вина и сама указываетъ на это какъ на причину своей болѣзни. Любитъ пить очень горячій чай, но были-ли ожоги пищевыхъ путей,—не помнитъ. Больная всегда была здоровая и тучная женщина, замужемъ и семейные всѣ здоровы. Сифилиса не было. Въ послѣдніе два года больная чувствовала боли въ области желудка послѣ каждаго пріема пищи, но аппетитъ былъ хорошій. 22 іюня 1884 года у больной во время пріема пищи вдругъ остановился въ пищеводѣ кусокъ говядины и тотчасъ же вышелъ обратно; больная изъ осторожности продолжала ѣсть только жидкую и мягкую пищу, которая проходила хорошо. Мало по малу больная стала переходить къ твердой пищѣ и въ августѣ ѣла всякую пищу совершенно свободно. 25 августа снова повторилось тоже самое, но съ этого времени больная уже не могла принимать твердую пищу и глотаніе постепенно затруднялось, такъ что уже два мѣсяца какъ питается исключительно жидкой пищей, а иногда проходятъ кашица и размоченный

бѣлый хлѣбъ. Съ мѣсяцъ тому назадъ появились боли между лопатками и въ груди. За послѣднее время стала худѣть и слабѣть силами. *Status praesens.* Больная крѣпкаго тѣлосложенія; кожа виситъ складками и слегка желтовата, подкожнаго жирнаго слоя много. Лицо землистаго цвѣта. Скелетъ нормаленъ. Никакихъ указаній на сифилисъ не найдено. Шея нормальна. Въ лѣвой надключичной ямкѣ опухшія лимфатическія твердыя железы. Грудные и брюшные органы не представляютъ ничего особеннаго. При катетеризаціи пищевода на 32,5 сант. отъ зубовъ найдено препятствіе, не пропускающее малой оливы. Diagnosis—cancer oesophagi. Назначенъ cathétérisme appuyé два раза въ недѣлю.

9 февраля. Послѣ катетеризаціи больная дня 4 глотала жидкую пищу свободно. Сегодня сдѣланъ электролизъ изъ 6 элементовъ въ продолженіи 4 минутъ; переноситъ довольно хорошо. Вѣсъ=83,300 gm. Послѣ электролиза въ этотъ день и слѣдующій больная чувствовала сильныя боли въ животѣ, которыя прошли на 3-й день. Первый день глотаніе было затруднительно, но на слѣдующій свободно глотала жидкую пищу.

12-го февраля. Снова сдѣланъ электролизъ изъ 8 элементовъ въ продолженіи 2-хъ минутъ. Въ этотъ день плохо глотала, были боли въ животѣ и урчаніе, а на слѣдующій день явился поносъ съ сильными схватывающими болями въ кишкахъ и только на третій день послѣ электролиза все прошло. Глотаніе сдѣлалось свободнѣе. Больная силами не падаетъ и продолжаетъ работать. Вѣсъ=82,800 gm.

15-го февраля. Электролизъ изъ 6 элементовъ въ продолженіи 4-хъ минутъ, послѣ чего въ этотъ день было затрудненіе глотанія и схватывающія боли въ животѣ; на слѣдующій день глотаніе гораздо лучше, даже стала ѣсть сухой хлѣбъ; боли тоже прошли.

19-го февраля. Сдѣланъ cathétérisme appuyé, малая олива останавливается на 32 сант. отъ зубовъ.

22-го февраля. Cathétérisme appuyé. Глотаетъ жидкую и полужидкую пищу; силы не падаютъ, кашля нѣтъ.

26-го февраля. Глотаетъ хуже. Жалуется на боли въ правомъ подреберьѣ. Cathétérisme appuyé, олива останавливается на 31,5 сант. отъ зубовъ.

1-го марта. Глотаетъ хорошо. Жалуется на боли въ области желудка и икоту. Катетеризаціи не дѣлали.

5-го марта. Глотаетъ удовлетворительно размоченный бѣлый хлѣбъ; боли меньше. Сдѣланъ электролизъ изъ 6 элементовъ въ продолженіи 3-хъ минутъ.

По прошествіи недѣли меня пригласили къ больной на квартиру и здѣсь я узналъ, что больная все время хорошо себя чувствовала, ходила и работала, но два дня тому назадъ вдругъ занемогла, явился небольшой знобъ, жаръ и больная слегла въ постель. При изслѣдованіи въ легкихъ ничего особеннаго не найдено. Пульсъ около 100, полный, t^0=39. Въ лѣвой надключичной ямкѣ находится разлитая, очень болѣзненная опухоль, кожа не измѣнена. Глотаніе затруднено и очень болѣзненно. Больная жалуется на сильныя боли позади грудной кости. Брюшные органы не представляютъ измѣненій. Я предложилъ больную помѣстить въ клинику, но она не согласилась и чрезъ нѣсколько дней умерла при явленіяхъ септицеміи. Вскрытіе не было сдѣлано.

58) Больной *Василій Ивановъ*, 57 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 16 декабря 1883 года. Въ маѣ мѣсяцѣ этого года замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Затрудненіе постепенно увеличивалось и съ августа сталъ питаться полужидкой и жидкой пищей, а въ настоящее время только жидкой. Грудные и брюшные органы нормальны. Тоны сердца чисты, немного глухи. Лимфатическія железы не увеличены. При зондированіи у cardia встрѣчается съуженіе, чрезъ которое проходитъ только малая олива. Diagnosis—cancer oesophagi.

59) Больной *Филиппъ Терентьевъ*, 59 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 4-го декабря 1884 года. 6 мѣсяцевъ тому назадъ больной замѣтилъ, что твердая пища при глотаніи стала трудно проходить. Затрудненіе глотанія постепенно увеличивается и 2 недѣли уже какъ больной питается размоченнымъ хлѣбомъ и эта пища временами трудно проходитъ. Жидкую пищу

глотаетъ свободно. При изслѣдованіи внутренніе органы всѣ здоровы. При зондированіи пищевода малая олива останавливается на 39 сант. отъ зубовъ. Diagnosis—cancer oesophagi.

60) Больной *Иванъ Матвѣевъ*, 40 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 28-го октября 1883 года. *Anamnesis.* Спиртными напитками не злоупотреблялъ. 5 лѣтъ тому назадъ болѣлъ горячкой. Сифилиса не имѣлъ. 5 мѣсяцевъ тому назадъ больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Затрудненіе постепенно увеличивалось, больной сталъ питаться мягкой пищей, но въ настоящее время проходитъ только жидкая пища, которая останавливается по указанію больнаго на уровнѣ мечевиднаго отростка. *Status praesens.* Больной блѣдный, исхудалый. подкожнаго жирнаго слоя нѣтъ. При излѣдованіи внутренніе органы оказались здоровыми. Область желудка при ощупываніи болѣзненна. При изслѣдованіи пищевода зондомъ на 21 сант. отъ начала его находится съуженіе, чрезъ которое не проходитъ самая малая олива. Diagnosis—cancer oesophagi. Назначенъ cathétérisme appuyé.

31 октября. Послѣ катетеризаціи глотаніе сдѣлалось гораздо свободнѣе; жидкая пища проходитъ свободно. Снова сдѣлана катетеризація. Больной больше не являлся.

61) Больной *Александръ Петровъ*, 42 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 2-го марта 1883 года. Больной сильный potator. Въ октябрѣ мѣсяцѣ 1882 года въ первый разъ замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Затрудненіе постепенно увеличивалось, такъ что съ января мѣсяца больной сталъ питаться мягкой м жидкой пищей. Въ настоящее время проходитъ свободно только жидкая пища, хотя большіе глотки вызываютъ боль и проходятъ съ трудомъ. При изслѣдованіи внутренніе органы найдены здоровыми. При зондированіи пищевода на 35 сант. отъ зубовъ малая олива встрѣчаетъ непреодолимое препятствіе. Diagnosis—cancer oesophagi. Назначенъ cathétérisme appuyé два раза въ недѣлю, но больной больше не являлся.

62) Больной *Григорій Богдановъ*, 55 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 21-го октября 1883 года. Больной порядочный potator. Въ августѣ мѣсяцѣ въ первый разъ замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Затрудненіе постепенно увеличивается, такъ что въ настоящее время твердая пища, тщательно размельченная, проходитъ съ большимъ трудомъ, но жидкая свободно. Внутренніе органы здоровы. При изслѣдованіи пищевода зондомъ большая олива останавливается у cardia, на оливѣ немного крови; малая олива проходитъ. Diagnosis—cancer oesophagi.

63) Больной *Василій Толстяковъ*, 62 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 4 октября 1883 года Мѣсяца 4 тому назадъ больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Затрудненіе постепенно увеличивается, такъ что съ мѣсяцъ тому назадъ твердая пища перестала проходить и больной сталъ питаться мягкой и жидкой пищей. Внутренніе органы здоровы. При зондированіи пищевода въ нижней $^1/_3$ его найдено съуженіе, чрезъ которое не проходитъ малая олива. Diagnosis—cancer oesophagi.

64) Больной *Іозель Гуревичъ*, 59 лѣтъ, еврей, былъ въ клиникѣ 13 сентября 1883 года. *Anamnesis.* 13 мѣсяцевъ тому назадъ больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Это затрудненіе постепенно увеличивалось и $^1/_2$ года уже какъ больной не можетъ глотать твердую пищу. Въ настоящее время глотаетъ только жидкую пищу. *Status praesens.*—Больной сильно исхудавшій; легкая желтуха; на шеѣ опухшихъ железъ не имѣется. Внутренніе органы не представляютъ ничего ненормальнаго. Артеріосклерозъ въ умѣренной степени. При зондированіи пищевода малая олива встрѣчаетъ непреодолимое препятствіе на 25 сант. отъ начала его. Diagnosis—cancer cardiae.

25 ноября. Больной за это время значительно исхудалъ. Изслѣдованіе органовъ даетъ отрицательный результатъ. При зондированіи тѣже явленія.

65) Больной *Илья Войтовъ*, 54 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 8 февраля 1883 года. Больной умѣренный potator. Сифилисомъ не страдалъ. Въ декабрѣ мѣсяцѣ 1882 года замѣтилъ затрудненіе глотанія твердой пищи. Затрудненіе постепенно увеличивается, такъ что въ настоящее время глотаетъ только жидкую пищу, а временами и эта пища проходитъ съ трудомъ. Артеріосклерозъ въ умѣренной степени. Небольшая эмфизема легкихъ. При зон-

дированіи въ пищеводѣ на 34—35 сант. отъ зубовъ найдено съуженіе, чрезъ которое не проходитъ малая олива. Diagnosis—cancer oesophagi. Предложена гастростомія, но больной не согласился.

66) Больной *Нархимъ Ханинъ*, еврей, 40 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 11 февраля 1883 года. Больной potator. Съ ½ года тому назадъ замѣтилъ затрудненіе глотанія твердой пищи. Это затрудненіе постепенно увеличивается и въ настоящее время проходитъ полужидкая и жидкая пища. Внутренніе органы здоровы. Височныя артеріи не много склерозированы. При зондированіи пищевода большая олива останавливается на 34 сант. отъ зубовъ. Третья олива прошла чрезъ съуженіе и на ней было немного крови. Diagnosis—cancer oesophagi.

67) Больной *Никаноръ Васильевъ*, 60 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 21 января 1883 года. Три мѣсяца тому назадъ больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи, это затрудненіе постепенно усиливается. Въ настоящее время глотаетъ мягкую и жидкую пищу. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ найдена незначительная эмфизема легкихъ. Сердце нормально. Печень немного увеличена. Остальные органы здоровы. При зондированіи пищевода большая олива останавливается на 34 сант. отъ зубовъ; зондъ не пульсируетъ; чрезъ съуженіе прошла только малая олива. Diagnosis—cancer oesophagi. Назначено зондированіе пищевода 2 раза въ недѣлю.

68) Больной *Михаилъ Кошелевъ*, 58 лѣтъ, оружейный мастеръ, былъ въ клиникѣ 13 ноября 1881 года. Съ мѣсяцъ тому назадъ больной замѣтилъ боль и вскорѣ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Это затрудненіе глотанія постепенно увеличивается, часто глотки пищи выбрасываются обратно съ большимъ количествомъ слизи. Внутренніе органы не представляютъ ничего особеннаго. При зондированіи пищевода зондомъ съ малой оливой при входѣ въ желудокъ ощущается въ двухъ мѣстахъ соскальзываніе; остальныя оливы не проходятъ. Diagnosis—cancer oesophagi. Назначенъ cathétérisme appuyé.

69) Больной *Лаврентій Яковлевъ*, 40 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 13 ноября 1881 года. Съ ½ года тому назадъ больной сталъ замѣчать неловкость при глотаніи, скоро явилось затрудненіе, которое въ послѣдніе 1½ мѣсяца увеличилось до того, что стало совершенно невозможно проглатывать твердую пищу; тотчасъ послѣ проглатыванія куска чувствуетъ боль и тяжесть въ груди на уровнѣ мечевиднаго отростка и затѣмъ кусокъ извергается обратно со слизью. Больной водки много никогда не пилъ, сифилиса не имѣлъ. Внутренніе органы нормальны. При зондированіи въ нижней части пищевода найдено съуженіе, пропускающее двѣ малыя оливы свободно, а № 3 съ трудомъ; на оливѣ немного крови, остальныя оливы не проходятъ. Diagnosis—cancer oesophagi. Назначенъ cathétérisme appuyé два раза въ недѣлю.

70) Больная *Варвара Ларь*, 62 лѣтъ, была въ клиникѣ 2 октября 1881 года. Въ декабрѣ мѣсяцѣ 1880 года больная замѣтила затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Это затрудненіе постепенно увеличивается, такъ что послѣдніе три мѣсяца можетъ глотать только жидкую пищу. Внутренніе органы здоровы. При зондированіи пищевода у входа въ желудокъ найдено съуженіе, чрезъ которое не проходитъ ни одна олива. Diagnosis—cancer oesophagi. Леченіе—cathétérisme appuyé.

71) Больная купчиха *Евдокія Голубкова*, 65 лѣтъ, была въ клиникѣ 18-го сентября 1886 года. Въ апрѣлѣ мѣсяцѣ 1880 года больная почувствовала затрудненіе глотанія, которое, увеличиваясь постепенно, дошло до полной невозможности глотать твердую пищу, а въ настоящее время питается только молокомъ и питательными клистирами. Больная въ высшей степени истощена, кожа сморщена, желтоватаго цвѣта, подкожнаго жирнаго слоя совершенно нѣтъ. Внутренніе органы здоровы. При зондированіи пищевода самая малая олива не проходитъ и останавливается на 33 сант. отъ зубовъ. Diagnosis—cancer oesophagi.

72) Больная *Евдокія Загрядкова*, 52 лѣтъ, была въ клиникѣ 20 января 1881 года. 8 мѣсяцевъ тому назадъ больная почувствовала затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно увеличивается и дошло до того, что двѣ недѣли уже

какъ больная питается исключительно жидкой пищей. Внутренніе органы здоровы. При зондированіи пищевода малая олива не проходитъ и останавливается въ нижней части его; препятствіе плотной консистенціи. Diagnosis—cancer oesophagi.

24-го января. Жидкая пища проходитъ малыми глотками. При зондированіи малая олива не проходитъ

26-го января. Жидкая пища проходитъ съ большимъ трудомъ. Предложено поступить въ клинику, но больная не желаетъ.

28-го января. При зондированіи тѣже явленія. Глотаотъ жидкую пищу съ большимъ трудомъ.

3-го февраля. Больная сильно ослабѣла. Перемѣнъ никакихъ нѣтъ. Въ клинику поступить не желаетъ.

73) Больная *Александра Чистякова*, 66 лѣтъ, была въ клиникѣ 15-го января 1882 года. Въ маѣ мѣсяцѣ 1881 года больная стала чувствовать боль и вскорѣ затѣмъ легкое затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно увеличивалось, такъ что въ сентябрѣ больная перестала глотать твердую пищу и стала питаться жидкой и полужидкой пищей, а въ настоящее время глотаетъ только жидкую пищу. Послѣдніе три дня больная съ большимъ трудомъ глотала молоко. Внутренніе органы здоровы. При зондированіи пищевода у входа въ желудокъ найдено съуженіе, пропускающее двѣ меньшихъ оливы, на оливѣ нѣсколько полосокъ крови. Diagnosis—cancer oesophagi.

16-го февраля. Больная за это время сильно похудѣла и ослабѣла. При зондированіи самая малая олива не прошла и остановилась у входа въ желудокъ.

19-го февраля. При зондированіи пищевода, несмотря на легкое форсированіе, малая олива не прошла, на оливѣ немного крови.

12-го марта. Жидкую пищу больная глотаетъ свободнѣе. При зондированіи тѣже явленія.

74) Больной *Павелъ Соколовскій*, 40 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 2-го февраля 1882 года. Больной сильный potator. Въ ноябрѣ мѣсяцѣ 1881 года въ первый разъ замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно увеличивалось и дошло до того, что въ настоящее время больной глотаетъ жидкую пищу съ большимъ трудомъ. Кромѣ того жалуется на сильныя боли въ спинѣ. Больной очень исхудалый. При изслѣдованіи внутренніе органы не представляютъ ничего особеннаго. При зондированіи пищевода на 34 сант. отъ зубовъ найдено съуженіе, не пропускающее малую оливу; зондъ не пульсируетъ. Diagnosis—cancer oesophagi.

25-го февраля. Тоны сердца хорошо слышны со всѣхъ сторонъ грудной клѣтки. При зондированіи пищевода малая олива не проходитъ.

75) Больной *Александръ Тарасевичъ*, 67 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 23-го марта 1882 года. Приблизительно въ августѣ мѣсяцѣ 1881 года больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи; затрудненіе постепенно увеличивалось, такъ что въ настоящее время больной можетъ глотать съ трудомъ мягкую пищу и свободно жидкую. Внутренніе органы не представляютъ ничего особеннаго. При зондированіи пищевода въ нижней трети его находится съуженіе, пропускающее оливу № 2; на оливѣ небольшое количество крови. Diagnosis—cancer oesophagi.

76) Больной *Иванъ Болдинъ*, 49 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 5-го марта 1882 года. Третій годъ какъ больной страдаетъ болями подъ ложечкой. 6 мѣсяцевъ тому назадъ замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Это затрудненіе постепенно увеличивалось и дошло до того, что больной съ трудомъ глотаетъ жидкую пищу, при этомъ нерѣдко бываетъ регургитація. Внутренніе органы не представляютъ ничего особеннаго. При зондированіи пищевода у входа въ желудокъ найдено съуженіе, пропускающее двѣ малыя оливы. Diagnosis—cancer oesophagi.

12-го марта. Глотаетъ лучше. При зондированіи олива № 3 прошла съ небольшимъ насиліемъ.

77) Больной *Андрей Богдановъ*, 45 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 23-го февраля 1882 года.

Въ сентябрѣ мѣсяцѣ 1881 года больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно увеличивается и съ декабря мѣсяца больной совершенно не можетъ глотать твердой пищи. Въ настоящее время глотаетъ только жидкую пищу, которая временами проходитъ свободно, но иногда съ большимъ трудомъ и является регургитація. Внутренніе органы при изслѣдованіи оказались здоровыми. При зондированіи пищевода въ нижней трети его найдено съуженіе, пропускающее только одну малую оливу. Diagnosis—cancer oesophagi.

25-го февраля. При зондированіи олива № 2 прошла довольно свободно, олива же № 3 не проходитъ и останавливается на 30 сант. отъ зубовъ; зондъ не пульсируетъ. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ ничего ненормальнаго не найдено.

2-го марта. При зондированіи ни одна олива не проходитъ.

78) Больной *Василій Луговскій*, 57 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 23-го февраля 1882 года. Въ декабрѣ мѣсяцѣ 1882 года сталъ чувствовать боль и затрудненіе при глотаніи твердой пищи; затрудненіе глотанія постепенно увеличивается, такъ что въ настоящее время питается только жидкой пищей. За послѣднее время сильно исхудалъ и ослабѣлъ. Сифилиса не было. Больной сильный potator. При изслѣдованіи дыхательныхъ органовъ съ правой стороны найдены явленія плевропневмоніи. Остальные органы не представляютъ ничего особеннаго. При катетеризаціи пищевода въ нижней трети его найдено съуженіе, пропускающее одну только малую оливу. Diagnosis—cancer oesophagi.

25-го февраля. При катетеризаціи пищевода зондъ останавливается на 35 сант. отъ зубовъ; проходитъ только малая олива.

79) Больной *Соколовъ*, 53 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 16-го февраля 1882 года. 9 мѣсяцевъ тому назадъ больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи пищи; это затрудненіе постепенно увеличивается. При изслѣдованіи внутренніе органы здоровы. При зондированіи пищевода въ нижней его трети найдено съуженіе, пропускающее оливу № 2; при этомъ ощущается бугристость. Diagnosis—cancer oesophagi.

20-го февраля. При зондированіи олива № 4 прошла, на оливѣ кровь. Глотаніе гораздо лучше.

80) Больной *Іоганъ Андерсонъ*, басонщикъ, 55лѣтъ, былъ въ клиникѣ 16-го ноября 1882 года. Больной potator. Со стороны наслѣдственности ничего особеннаго нѣтъ. Два мѣсяца тому назадъ сталъ замѣчать затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно увеличивается, такъ что въ настоящее время больной совершенно не можетъ глотать твердую пищу. При изслѣдованіи внутренніе органы не представляютъ ничего особеннаго. При зондированіи пищевода на 34 сант. отъ зубовъ находится съуженіе, пропускающее только малую оливу. Diagnosis—cancer oesophagi.

81) Больной крестьянинъ *Алексѣй Лузанъ*, 45 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 26-го октября 1882 года. Въ маѣ мѣсяцѣ больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно увеличивается, такъ что больной съ іюля сталъ питаться мягкой пищей, а недѣлю тому назадъ въ продолженіи нѣсколькихъ дней больной совершенно ничего не могъ глотать. При изслѣдованіи внутренніе органы нормальны. При зондированіи пищевода въ нижней трети его найдено съуженіе, пропускающее малую оливу. Diagnosis—cancer oesophagi. Леченіе cathétérisme appuyé.

29-го октября. При зондированіи пищевода малая олива прошла.

5-го ноября. Прошла олива № 3.

82) Больной *Михаилъ Клинковскій*, 63 лѣтъ, лѣсоторговецъ, былъ въ клиникѣ 5-го марта 1885 года. *Anamnesis*. Въ молодости много пилъ водки и два раза былъ delirium tremens; 22 лѣтъ женатъ, семейные всѣ здоровы. Самъ тоже всегда былъ здоровъ и до своей болѣзни былъ очень тученъ. Сифилиса не имѣлъ. 8 мѣсяцевъ тому назадъ больной замѣтилъ неловкость при глотаніи твердой пищи, чрезъ мѣсяцъ послѣ этого пища стала плохо проходить, больной принужденъ былъ особенно тщательно ее разжевывать и тогда она проходила. Затрудненіе глотанія постепенно увеличивалось, такъ что въ сентябрѣ мѣсяцѣ больной переталъ принимать твердую пищу и сталъ питаться мягкой и жидкой. Два мѣсяца тому назадъ

полужидкая пища стала плохо проходить и больной вынужденъ питаться исключительно жидкой пищей; съ декабря мѣсяца по временамъ у больнаго болитъ правая половина груди; кровохарканія никогда не было. За послѣднее время больной очень похудѣлъ и ослабѣлъ. *Status praesens.* Больной исхудалый, кожа виситъ складками, желтоватаго цвѣта, подкожнаго жирнаго слоя очень немного; на различныхъ мѣстахъ найдены множественныя липомы различной величины. Скелетъ не представляетъ ничего особеннаго. Шея нормальна. Поперечный размѣръ сердца немного увеличенъ. Тоны сердца глухи и 2-й тонъ нечистъ. Легкія нормальны. Брюшные органы не представляютъ ничего особеннаго. При зондированіи пищевода всѣ оливы останавливаются на 35,5 сант. отъ зубовъ; окостенѣніе и утолщеніе перстневиднаго хряща составляетъ значительное препятствіе ко введенію зонда. Diagnosis—cancer oesophagi. Больному предложено поступить въ клинику для гастростоміи, но онъ не явился.

83) Больной *Викторъ Новатовъ*, 56 лѣтъ, торговецъ, былъ въ клиникѣ 12 февраля 1885 года. *Anamnesis.* Больной умѣренный potator. Въ молодые годы нѣсколько разъ имѣлъ шанкры и уретры, послѣ чего болѣлъ ротъ и около задняго прохода; лечился мазями и внутренними лекарствами. Женатъ, жена и дѣти всегда были здоровы, сыпей не имѣли. Въ декабрѣ 1883 года во время обѣда у больнаго вдругъ остановился въ пищеводѣ комокъ пищи; сію же минуту больной сталъ пить содовую воду и комокъ пищи прошелъ. Вскорѣ обратился къ врачу, который ему зондировалъ пищеводъ и зондъ прошелъ. Послѣ этого больной глоталъ пищу свободно и совершенно забылъ о случившемся. Въ ноябрѣ мѣсяцѣ 1884 года больной сталъ замѣчать затрудненіе при глотаніи твердой пищи; затрудненіе постепенно увеличивалось и въ январѣ мѣсяцѣ 1885 г. сталъ питаться мягкой и жидкой пищей, а недѣли три тому назадъ какъ сталъ глотать только жидкую пищу. Съ развитіемъ болѣзни больной значительно похудѣлъ, но силы еще не падаютъ. *Status praesens.* Подкожныя вены на верхнихъ конечностяхъ налитыя. Довольно рѣзко выраженъ артеріосклерозъ. Двухсторонняя паховая грыжа. Лимфатическія железы не увеличены. При перкуссіи и аускультаціи ничего ненормальнаго не найдено, только тоны сердца всюду передаются. При зондированіи пищевода малая олива не проходитъ и останавливается на 33 сант. отъ зубовъ. Diagnosis—cancer oesophagi. Предложена гастростомія, но больной не согласился.

84) Больная *Любовь Усачева*, 46 лѣтъ, была въ клиникѣ 20 ноября 1884 года. *Anamnesis.* Вино пила рѣдко; ожогъ пищевыхъ путей не было. Семейные всѣ здоровы. Въ маѣ мѣсяцѣ 1884 года по временамъ стала замѣчать затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Въ іюлѣ мѣсяцѣ затрудненіе глотанія сдѣлалось постояннымъ и твердая пища проходил а только въ размельченномъ видѣ. Затрудненіе постепенно увеличивалось и дошло до того, что съ октября больная питается исключительно жидкой пищей. *Status praesens.* Сердечный толчекъ разлитой, область сердечнаго притупленія не увеличена, тоны сердца глухи и слегка аритмичны, второй тонъ акцентуированъ. Легкія нормальны. При изслѣдованіи брюшныхъ органовъ ничего ненормальнаго не найдено. При зондированіи пищевода ни одна олива не проходитъ, препятствіе находится на 38,5 сант. отъ зубовъ. Diagnosis—cancer oesophagi.

85) Больной *Михаилъ Матукпьевъ*, 46 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 12 февраля 1885 года. *Anamnesis.* Больной порядочный potator. Сифилиса и уретрита не было. Два мѣсяца тому назадъ замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи, затрудненіе постепенно увеличивается и двѣ недѣли тому назадъ стала трудно проходить полужидкая пища. Съ развитіемъ затрудненія глотанія появились боли въ спинѣ и особенно между лопатокъ. Кровотеченія не было. За послѣднее время похудѣлъ и ослабѣлъ. Жалуется на голодъ. *Status praesens.* Границы легкихъ немного увеличены (эмфизема), всюду везикулярное дыханіе. Сердцебіеніе слабое, тоны нормальны. Небольшой артеріосклерозъ. Никакихъ указаній на сифилисъ не найдено. Брюшные органы нормальны. При зондированіи пищевода на 22,5 сант. отъ его начала найдено съуженіе, пропускающее двѣ малыя оливы. Diagnosis—cancer oesophagi. Леченіе—cathétérisme appuyé.

86) Больной купецъ *Михаилъ Третьяковъ*, 42 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 2-го октября 1884 года. Всегда больной пользовался хорошимъ здоровьемъ; водку пилъ умѣренно. Въ январѣ мѣсяцѣ этого года появилось затрудненіе при глотаніи твердой пищи, которое быстро усиливалось, такъ что съ марта питается мягкой и жидкой пищей. Жалуется на частыя боли подъ ложечкой. Скелетъ не представляетъ ничего особеннаго; внутренніе органы нормальны. При зондированіи пищевода на 38 сант. отъ зубовъ найдено съуженіе пропускающее съ легкимъ насиліемъ малую оливу. Diagnosis—cancer oesophagi.

87) Больной *Лейба Гермуній*, 55 лѣтъ, еврей, былъ въ клиникѣ 3 февраля 1884 года. Около 8 мѣсяцевъ тому назадъ больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе мало-по-малу увеличивалось и черезъ 4 мѣсяца твердая пища совершенно перестала проходить, но мягкая и жидкая пища проходитъ до сихъ поръ, хотя первая за послѣднее время стала проходить съ большимъ трудомъ и часто извергается обратно. Лѣвая надключичная ямка нѣсколько полнѣе правой, но при ощупываніи лимфатическихъ железъ не найдено. Артеріи склерозированы. Грудные и брюшные органы непредставляютъ ничего особеннаго. При зондированіи пищевода на 33 сант. отъ зубовъ найдено съуженіе, непропускающее ни одну оливу. Diagnosis—cancer oesophagi.

7 февраля. При зондированіи тѣже явленія. Предложено поступить въ клинику для гастростоміи, но больной не явился.

88) *Константинъ Шмагинъ*, 60 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 2-го октября 1884 года. Больной изъ здоровой семьи, самъ всегда былъ здоровъ; сифилиса не имѣлъ. Съ 40-лѣтняго возраста умѣренно пилъ водку. Въ іюнѣ мѣсяцѣ замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи, затрудненіе постепенно увеличивалось, такъ что въ августѣ сталъ питаться мягкой и жидкой пищей, а съ сентября только жидкой. Очень исхудалъ и ослабѣлъ. Упорные запоры. Жалуется на частыя ноющія боли въ груди. Больной истощенный; довольно сильно выраженъ артеріосклерозъ. Незначительная эмфизема легкихъ. Тоны сердца передаются по всей груди; первый тонъ звенитъ, второй глухъ. Ощупываніе живота ничего особеннаго не даетъ. Правосторонняя вправимая паховая грыжа. При зондированіи пищевода большая олива останавливается на 35 сант. отъ зубовъ, малая олива также не проходитъ и останавливается на 35,5 сант. Diagnosis—cancer oesophagi. Предложена гастростомія, но больной не явился.

89) Больной *Федоръ Лапшинъ*, 50 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 2-го октября 1881 года. Около мѣсяца не можетъ глотать твердой пищи, при глотаніи она тотчасъ выбрасывается обратно. Въ настоящее время свободно глотаетъ жидкую и мягкую пищу. Внутренніе органы здоровы. При зондированіи пищевода на уровнѣ jinguli sterni большая олива встрѣчаетъ препятствіе, проходимое при самомъ легкомъ насиліи; при входѣ въ желудокъ встрѣчается другое съуженіе, непропускающее большихъ оливъ, но двѣ малыя оливы при небольшомъ насиліи проходятъ это послѣднее съуженіе, при этомъ показалось немного крови. Diagnosis—cancer cardiae. Назначенъ cathétérisme appuyé.

Въ половинѣ декабря при зондированіи пищевода олива № 2 проходитъ свободно.

5-го января 1882 года. При зондированіи пищевода олива № 2 проходитъ съ трудомъ.

11-го января. Олива № 2 прошла свободно и съ нѣкоторымъ усиліемъ № 3; на оливѣ немного крови. Послѣ катетеризаціи больной нѣкоторое время глотаетъ гораздо свободнѣе.

18-го января. Олива № 3 прошла свободно, крови не было.

25-го января. Больной глотаетъ хуже. Олива № 3 прошла съ большимъ трудомъ.

1-го марта. Все время больнаго катетеризировали два раза въ недѣлю; оливы № 1 и 2 проходятъ свободно, но олива № 3 проходила иногда съ трудомъ, причемъ показывалась кровь. 26 февраля послѣ катетеризаціи вечеромъ вышло около чайной ложки крови. Глотаетъ мягкую пищу. Прогрессивно худѣетъ и падаетъ силами.

4 марта. Глотаніе постепенно становится труднѣе. При катетеризаціи только прошла олива № 1.

15-го марта. При зондированіи ни одна олива не прошла. Больному предложена гастростомія, но онъ не согласился.

90) Больная жена городоваго *Марія Ярожемская*, 53 лѣтъ, поступила въ клинику 4-го октября 1886 года.

Anamnesis.—Больная всегда была здорова; со стороны наслѣдственности ничего особеннаго не имѣется. Менструировала всегда правильно; 4 года какъ менструаціи окончились. Дѣтей не имѣла. Сифилисомъ не страдала. Спиртныхъ напитковъ почти никогда не употребляла. Травмы и ожоги пищевыхъ путей не было. Полгода тому назадъ больная замѣтила затрудненіе при глотаніи кусковъ твердой пищи. Затрудненіе глотанія постепенно увеличивалось и больная принуждена была питаться мягкой пищей. Вмѣстѣ съ этимъ больная начала худѣть. До послѣдняго времени глотала свободно жидкости и даже жидкую кашицу и размоченный бѣлый хлѣбъ. 3-го октября около 2 часовъ дня послѣ обѣда у больной вдругъ явилась полная закупорка пищевода; при попыткахъ къ глотанію никакая пища и даже вода не проходила въ желудокъ и все тотчасъ же извергалось обратно. На слѣдующій день точно также никакая пища не проходила и больная обратилась въ клинику за помощью.

Status praesens.—Больная средняго роста, слабаго тѣлосложенія; исхуданіе на столько сильно, что больная представляетъ живой скелетъ. Костная система не представляетъ ничего ненормальнаго. Жалуется на невозможность глотанія даже и воды и на крайнюю слабость. При пробѣ больной проглатывать воду и молоко все принятое тотчасъ же извергается обратно въ неизмѣненномъ видѣ съ большимъ количествомъ слизи. При выслушиваніи въ легкихъ найдены сухіе хрипы. Сердце нормально. Животъ такъ сильно втянутъ, что видна пульсація брюшной аорты. Брюшные органы не представляютъ ничего ненормальнаго. При зондированіи пищевода самая малая олива не проходитъ и останавливается на 31—32 сант. отъ рѣзцовъ.

5-го октября. Больная совершенно ничего не глотаетъ. Зондированіе пищевода не приноситъ пользы. Клистиры Leube въ количествѣ 1 фунта попеременно съ небольшими клистирами изъ теплой воды для утоленія жажды. Суточное количество мочи=500 к. с. реакція кисла, бѣлка нѣтъ.

6—Полная непроходимость пищевода продолжается. Больная такъ ослабѣла, что лежитъ въ полной безпомощности. Сильно страдаетъ отъ голода; особенно сильно больную мучаетъ жажда.

7 — Въ исходѣ 4-хъ сутокъ голоданья, больной сегодня утромъ проф. С. П. Коломнинымъ была произведена гастростомія при соблюденіи всѣхъ правилъ антисептики. Наркозъ—смѣсью 2 части хлороформа съ 1 час. эфира. Разрѣзъ въ 6—7 сант. длины, параллельно лѣвому краю ложныхъ реберъ; по вскрытіи брюшины противъ раны лежала colon transversum, а желудокъ находился въ глубинѣ подъ сводомъ діафрагмы въ спавшемся состояніи; его съ трудомъ операторъ нашелъ. Послѣ этого наложены были швы изъ серебряной проволоки, 7 глубокихъ 8—образныхъ и 10 поверхностныхъ. Затѣмъ желудокъ былъ вскрытъ тонкимъ троакаромъ и введена тонкая каучуковая трубка, черезъ которую больная была накормлена смѣсью изъ молока, бульона, яичнаго желтка и вина. Наложена слегка давящая повязка. Въ виду значительной слабости больной, было сдѣлано подкожное впрыскиваніе эфира въ количествѣ одного шприца Праватца. Послѣ операціи въ продолженіи 5 дней температура была повышена до 38,5 и одинъ разъ до 39 Ц., а затѣмъ понизилась до нормы. Рана заживала медленно, но безъ всякихъ осложненій. Питаніе чрезъ фистулу желудка совершалось безпрепятственно. Больная стала поправляться и чувствовала себя прекрасно. На 10 и 11 дни послѣ операціи всѣ швы были удалены. Дренажная трубка была замѣнена болѣе толстой. По временамъ у больной стали появляться безъ всякой видимой причины приступы удушья съ значительнымъ сердцебіеніемъ, P.=128, малый, но вдыханіе кислорода значительно облегчало больную. Съ 18-го октября развилась пневмонія, явился кашель съ обильнымъ выдѣленіемъ слизисто-гнойной мокроты; t° снова стала повышаться до 38. Состояніе больной ухудшилось. Къ ноябрю пневмонія мало по малу разрѣшилась, t° спала, больная снова стала поправляться и даже вставать съ кровати. Операціонная рана совершенно зарубцевалась. Въ первой половинѣ ноября

больная чувствовала себя прекрасно, силы ея возстановились, большую часть дня сидѣла въ креслѣ. Замѣчательно то, что больная много разъ пыталась глотать воду и чай и ни разу за все время проходимость пищевода не возстановлялась: все проглоченное каждый разъ тотчасъ же выбрасывалось обратно.

17-го ноября вечеромъ у больной температура вдругъ повысилась до 38,4, а утромъ 18-го ноября t°=39,4, вечеромъ же=39,5. При изслѣдованіи органовъ ничего особеннаго не найдено, кромѣ разсѣянныхъ влажныхъ хриповъ въ обоихъ легкихъ. Больная значительно ослабѣла.

19-го ноября t° утромъ = 39, вечеромъ = 39,6. При изслѣдованіи никакихъ явленій, объясняющихъ повышеніе температуры, не замѣчено. Больная лежитъ въ полной прострацiи, ни на что не жалуется. 21-го ноября въ 8 часовъ утра больная умерла.

Аутопсія. Трупъ въ высокой степени исхудалый. Въ надчревной области, параллельно лѣвымъ ложнымъ ребрамъ, находится рана около 3½ сант. длины и 2 сант. ширины, почти вся покрытая рубцовою тканью. На днѣ раны находится отверстіе въ 12 mm., круглой формы, съ зарубцевавшимися краями, ведущее въ полость желудка.—Кости черепа блѣдны, немного склерозированы; на наружной поверхности лобной кости вблизи лѣваго бугра находится экзостозъ, рѣзко ограниченный, плоско-круглой формы, съ гладкой поверхностью, около 1 сант. въ поперечникѣ. Pia отечна, снимается легко; венозные сосуды, преимущественно въ заднихъ отдѣлахъ, наполнены кровью. Ткань мозга богата кровью. Боковые желудочки наполнены прозрачною жидкостью. Сосуды основанія мозга не измѣнены. Сердце слегка увеличено въ поперечникѣ; лѣвый желудочекъ сжатъ; на pericardium бѣловатыя пятна; стѣнки желудочковъ истончены, дряблы, буроватаго цвѣта: двустворчатыя заслонки по свободному краю утолщены. Клапаны аорты желтовато-зернисты; на intimae аорты мелкія склеротическія утолщенія. Легкія, особенно лѣвое, приращены къ грудной стѣнкѣ старыми перепонками. По заднему краю лѣваго легкаго, преимущественно на верхней долѣ, плевра покрыта гноевидными фибринозными перепонками. Ткань лѣваго легкаго, особенно нижняя доля его, отечна; при разрѣзѣ представляются творожистые узелки отъ маковаго зерна до горошины. Бронхи во многихъ мѣстахъ расширены и наполнены гнойной слизью. Правое легкое мѣстами эмфизематозно, малокровно, всюду проходимо. *Клѣтчатка* позади глотки и пищевода инфильтрирована гнойной, желтоватой жидкостью до нижнихъ отдѣловъ легкихъ. *Въ пищеводѣ* тотчасъ подъ лѣвымъ бронхомъ, на 14 сант. отъ начала пищевода, находится стриктура, съ трудомъ пропускающая ногтевой суставъ указательнаго пальца средней величины. Стриктура въ 4—5 сант. обусловлена развившеюся въ стѣнкахъ пищевода циркулярной опухолью, плотной, бѣловатаго цвѣта, съ густымъ сокомъ. Опухоль со стороны просвѣта пищевода изъязвлена: на передней стѣнкѣ въ одномъ изъ язвенныхъ углубленій помѣщается величиною въ миндалину, повидимому, мышечный кусокъ пищи. Просвѣтъ пищевода какъ надъ стриктурой, такъ и ниже ея не измѣненъ. *Ближайшія лимфатическія железы*, около раздвоенія дыхательной трубки, увеличены въ объемѣ, ткань ихъ въ разрѣзѣ усѣяна бѣловатыми творожистыми гнѣздами. Слизистая оболочка глотки и дыхательнаго горла съ бронхами покрыта гнойной слизью, рыхла, мѣстами гиперемирована. *Фистулезное отверстіе* желудка находится на передней поверхности, вблизи дна его, около большой кривизны. Вокругъ фистулезнаго отверстія желудокъ плотно приращенъ къ передней брюшной стѣнкѣ; къ этому же мѣсту приращена colon transversum. Слизистая оболочка *желудка* блѣдна, покрыта слизью, въ выходной части слегка бородавчата и окрашена въ темно-сѣрый цвѣтъ. Лимфатическія железы по малой кривизнѣ увеличены и пигментированы. Серозная оболочка безъ измѣненій. Лѣвая доля *печени* уменьшена, сморщена; капсула мѣстами утолщена, бѣловатаго цвѣта; ткань при разрѣзѣ хруститъ, блѣдна. *Селезенка* 13 сант. длины и 7½ ширины; капсула сморщена, утолщена, ткань малокровна, выскабливается съ трудомъ. *Почки* плотны, немного увеличены, темнокраснаго цвѣта; поверхность ихъ мѣстами зерниста, съ мелкими серозными кистами; капсула снимается съ трудомъ; изъ сосочковъ выжимается довольно много бѣловатой жидкости. Слизистая оболочка кишекъ большею частью блѣдна; Пейеровы бляшки усѣяны сѣроаспиднаго цвѣта точками.

Микроскопическое изслѣдованіе опухоли показало плоско-эпителіальный ракъ, а инородное тѣло, найденное въ пищеводѣ надъ стриктурой, оказалось мышечнымъ пищевымъ кускомъ, который закупоривалъ просвѣтъ съуженной части пищевода и обусловливалъ непроходимость его.

ПОЛОЖЕНІЯ.

---

1) Въ начальныхъ періодахъ грануляціоннаго воспаленія суставовъ, гнѣздящагося главнымъ образомъ въ суставныхъ концахъ, доступныхъ для трефинаціи, костей, полезно производить эту операцію, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ соединяя ее съ игнипунктурой. (Проф. Коломнинъ).

2) При грануляціонномъ воспаленіи тазобедреннаго сустава не слѣдуетъ забывать изслѣдованія per rectum съ цѣлью опредѣленія состоянія вертлужной впадины. (Проф. Коломнинъ).

3) Не слѣдуетъ забывать литотомію prærectalis.

4) Самый надежный способъ купированія мѣстной сибирской язвы у человѣка есть выжиганіе фокуса.

5) Къ надежнымъ признакамъ успѣшнаго купированія сибирской язвы нужно относить, какъ паденіе температуры, если она была повышена, такъ и признаки рѣзкаго улучшенія общаго состоянія больнаго и уничтоженіе признаковъ адинаміи.

6) Въ земской хирургической практикѣ удобно пользоваться паклей, какъ перевязочнымъ матеріаломъ.

7) Въ земской практикѣ, особенно въ заводской, болѣе всего необходимъ хирургъ.

8) Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ Пензенской губерніи, при очень большомъ количествѣ маляріиныхъ формъ лихорадокъ, при этихъ послѣднихъ наблюдаются тяжелые, подобные асфиктическимъ, припадки.



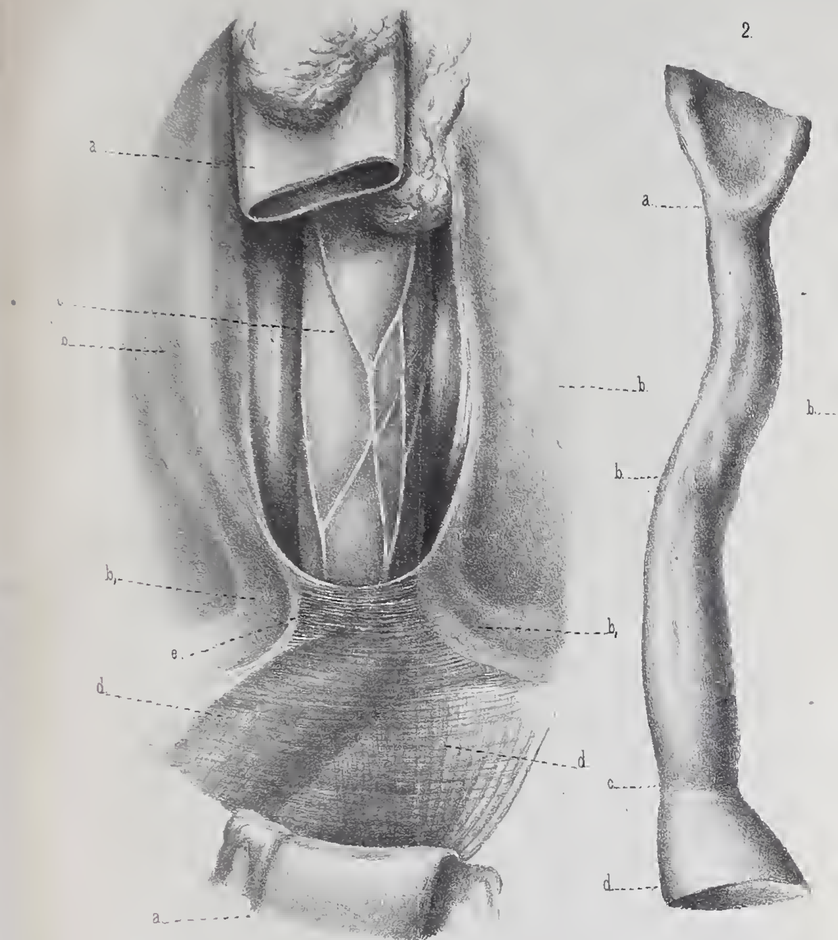


Рис. Ефросимов



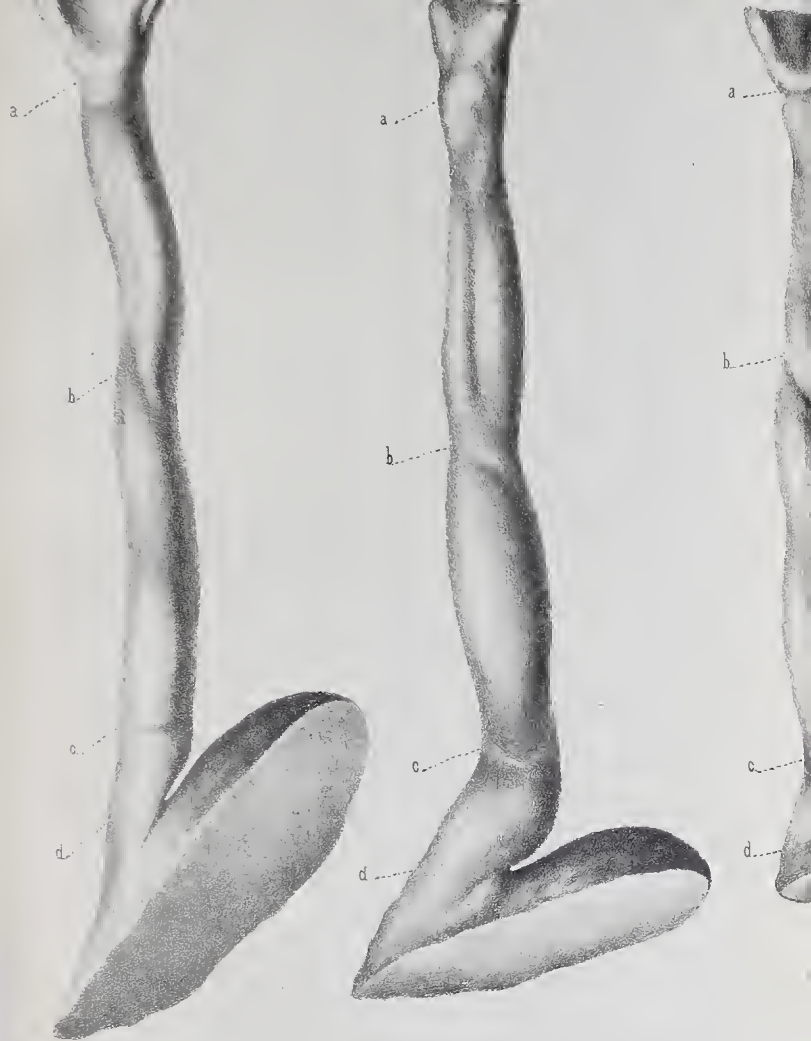


Рис... ...росимовъ